This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

No.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

L'UNION MÉDICALE

DU

CANADA

REVUE MEDICO-CHIRURGICALE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

VOLUME VIII

MONTREAL

COMPAGNIE D'IMPRIMERIE CANADIENNE, 222 RUE NOTRE DAME

1879

BOSTON MEDICAL
JUL 23 1962
LIBRARY

L'UNION MEDICALE

DU CANADA

L'UNION MÉDICALE
DU CANADA

267

Revue Médico-Chirurgicale paraissant tous les mois

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

Vol. VIII. JANVIER, 1879. No. 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du Jaborandi dans les épanchements pleurétiques.

PAR A. LARAMÉE, M. D.

(*Lu devant la Société Médicale de Montréal.*)

M. le Président,

Messieurs,

Avant d'aborder le sujet principal de la question, je crois à propos de dire un mot sur l'histoire de ce médicament. Le Jaborandi (Pilocarpus pinnatus) est un arbuste de 8 à 10 pieds de hauteur, à feuilles alternes, pennées, composées, et qui croît dans le nord du Brésil près de Pernambuco. Cet arbuste porte des fleurs et des fruits, mais jusqu'à ce jour, les feuilles seulement, paraît-il, ont été exploitées en thérapeutique.

Le principe actif du Jaborandi, la pilocarpine, a été découverte par M. Hardy en 1875. Cet alcaloïde connu sous le nom de

nitrate ou de muriate de pilocarpine est d'un prix élevé. En avril dernier on le vendait à New York vingt-cinq dollars le drachme, mais en revanche, une très minime quantité, un demi grain équivaut à 3i des feuilles en infusion.

L'administration du Jaborandi la plus répandue et la plus économique est l'infusion de feuilles, que l'on prépare avec un drachme de feuilles concassées, que l'on met infuser pendant un quart-d'heure dans une tasse d'eau bouillante, et que l'on fait prendre au malade immédiatement après.

On le donne également sous forme d'extrait fluide à la dose de trente gouttes à un drachme, et en pilules gélatineuses de 3 grains, chaque pilule équivaut à un drachme des feuilles. En Europe et aux Etats-Unis, on emploie souvent le nitrate ou le muriate de pilocarpine, surtout le nitrate, en injection hypodermique dans les proportions d'un quart de grain.

Toutes les doses que je viens de mentionner sont susceptibles d'augmentation. Les feuilles fournissent une huile essentielle en grande quantité mais elle n'a pas encore été expérimentée.

L'opinion générale attribue la découverte du Jaborandi à un Dr Coutinho, de Pernambuco. Ce monsieur ayant expérimenté ce médicament, et lui ayant reconnu des propriétés sialagogues et sudorifiques à un très haut degré, en passa quelques échantillons en France en 1873.

Les rapports contradictoires qui ont circulé quelque temps sur les effets du Jaborandi provenaient de ce qu'une plante venant de l'Amérique du Sud et portant également le nom de Jaborandi était confondue avec la véritable plante, mais aujourd'hui il est certain que l'espèce véritable est la seule qui soit exportée en Europe et aux Etats-Unis.

M. le professeur Gubler, à l'hôpital Beaujon, de Paris, l'expérimenta sur une grande échelle et quelques mois plus tard MM. A. Robin, Vulpian, Hardy et plusieurs autres étudièrent soigneusement le Jaborandi et contribuèrent puissamment à faire connaître ce médicament, surtout ses propriétés physiologiques, car l'expérimentation physiologique demande moins de temps que l'expérimentation thérapeutique. Tous ces messieurs ont reconnu à cette plante une action puissante sur les glandes salivaires et sudorales. Depuis cette époque qui est de date si récente, le Jaborandi a pris une place importante dans la matière médicale et est considéré comme l'agent sudorifique et sialagogue le plus énergique que nous connaissions.

Sous l'action de ce médicament, cinq à quinze minutes en moyenne, mais jamais plus tard que trente-cinq minutes après son administration, la salivation et la transpiration s'établissent et vont en augmentant. La salivation, qui se montre la première,

cesse généralement au bout de deux heures, et la transpiration dure un peu plus longtemps. Les malades sont tourmentés par une sputation continuelle, et ils ont assez souvent des nausées, et même des vomissements, surtout s'ils avalent leur salive. Les glandes salivaires sont alors plus ou moins gonflées et parfois sensibles. Il est remarquable que la transpiration est moins marquée chez les personnes atteintes d'embarras gastrique ou sujettes à la constipation, tandis qu'elle est très facile chez ceux sujets à la transpiration. La température du corps n'est pas sensiblement modifiée. Il survient quelquefois des vertiges, mais ces troubles sont passagers.

M. Gubler a noté des actions secondaires du jaborandi. Ainsi l'hypersécrétion s'étend sur la glande lacrymale, sur la muqueuse nasale, sur les glandes pharyngiennes, trachéales et bronchiques.

M. A. Robin a fait l'observation que le jour de l'expérience les urines diminuent notablement mais le lendemain il y a augmentation considérable des urines. Cependant, toutes choses égales d'ailleurs, l'on peut dire que la réduction des urines n'est pas proportionnée à la perte de liquide faite par la peau et les glandes salivaires.

Il y a un antagonisme marqué entre le jaborandi et l'atropine. A Londres, au Collége *University*, on réussit avec un dixième de grain de nitrate de pilocarpine à produire une salivation abondante, et avec un deux-centième de sulfate d'atropine on arrêta cette salivation. A Paris, M. Vulpian a réussi à empêcher la salivation et la sudation chez un de ses malades auquel il avait administré, quelques minutes auparavant, un soixante-dixième de grain (un milligramme) de sulfate d'atropine.

Une goutte de la solution du nitrate de pilocarpine (dans la proportion d'un grain à l'once) introduite dans l'œil est suffisante pour produire la contraction de la pupille.

Messieurs, il resterait encore bien des choses à dire sur les propriétés physiologiques de ce médicament, mais je crois avoir mis en évidence ses propriétés prédominantes et en avoir dit suffisamment pour donner une idée de sa valeur réelle sous ce rapport. Comme vous le voyez, il y a quelques années le jaborandi était à peine connu de nom en Europe, et aujourd'hui il est parfaitement établi qu'il occupe le premier rang comme agent sudorifique et sialagogue. Cependant, pour juger de sa valeur entière dans la thérapeutique il faut attendre encore.

Quant à moi, ayant eu occasion de recourir au Jaborandi dans trois cas bien marqués d'épanchements pleurétiques et cela avec le plus grand succès, je me fais un plaisir de soumettre

le résultat de ce traiment à votre appréciation, et pour cela je ne pouvais mieux faire que de rapporter ces cas devant notre Société.

Le premier cas remonte au mois de décembre 1877 et se rapporte à un malade, âgé de 40 ans, atteint de pleurésie depuis une dizaine de jours. Tous les signes indiquant inflammation de la plèvre gauche se rencontraient chez ce malade : douleur de côté accompagnée d'une toux sèche et l'épanchement s'étant faite de bonne heure, je constatai par la percussion, une matité bien prononcée, laquelle matité se déplaçait en faisant coucher le malade sur le côté sain. L'auscultation me fit percevoir nettement l'absence du bruit respiratoire, la respiration bronchique, etc. J'eus recours tout d'abord au traitement classique, l'émétique, les vésicatoires, les calmants, etc. La maladie comptait à peu près dix jours lorsque j'eus la bonne pensée de recourir au Jaborandi pour combattre l'épanchement qui allait en augmentant. Je prescrivis ℥i, de feuilles de Jaborandi qui fut infusée pendant quinze minutes et le malade prit cette quantité en une dose.

Cinq minutes après, la salivation commença et elle dura à peu près deux heures. Elle fut abondante. Quant à la transpiration elle fut moins abondante et se manifesta surtout, dans le dos, entre les épaules. Il y eut quelques nausées, mais pas de vomissements, la sensibilite et le gonflement des glandes salivaires furent assez marqués. Relativement aux autres actions surtout les actions secondaires, je n'ai rien remarqué de particulier. Le jour même de l'administration le malade se sentit très-soulagé, la matité diminua sensiblement, la respiration était plus libre. Tout alla ainsi pendant les deux jours suivants, lorsque survinrent des signes indiquant un renouvellement d'effusion séreuse. Je prescrivis une autre dose du même remède et cette fois l'épanchement disparut mais pour ne plus revenir. Je terminai le traitement en conseillant un régime alimentaire composé de laitages auquel je fis associer des aliments gras, tels que bouillons, viandes blanches rôties et enfin les ferrugineux. Mon confrère, le docteur E. P. Lachapelle a visité ce malade après chaque administration du remède et a pu constater le résultat efficace de ce traitement.

Le second cas est celui d'une fille de 40 ans. Cette personne qui était dans la salle Ste. Famille, à l'Hôtel-Dieu, souffrait d'un épanchement latent du côté droit existant depuis à peu près six semaines lorsqu'elle entra à l'Hôpital. C'était en avril dernier. Enhardi par le succès que j'avais obtenu du traitement que je viens de rapporter, j'eus recours encore au jaborandi, en suivant la même dose et le même mode d'administra-

tion, et j'ai eu la satisfaction de combattre efficacement l'épanchement qui était plus considérable que chez le premier malade. Mais, dans l'espace de douze jours, j'eus recours quatre fois au jaborandi. La transpiration et la salivation furent chaque fois abondantes. Il y eut quelques nausées et des vomissements et de plus gonflement des glandes salivaires, hypersécrétion des glandes lacrymales et de la muqueuse nasale.

Le malade qui fait le sujet de ma troisième observation est un jeune homme de 28 ans, atteint d'épanchement pleurétique du côté droit, existant depuis une dizaine de jours lorsque je le vis pour la première fois.

Les signes de l'épanchement étant les mêmes que ceux des malades précédents, je me bornerai à rapporter que trois doses de jaborandi dans l'intervalle de six jours, firent disparaître l'épanchement.

Mon confrère le docteur Dagenais a eu connaissance de ce cas et a pu juger de l'efficacité du traitement en question.

Je ferai remarquer que chez ces malades les doses répétées se sont montrées un peu moins énergiques que la première infusion. Il est prudent de recommander aux malades d'éviter le refroidissement pendant qu'ils sont ainsi en sueurs exagérées. Après la disparition de l'épanchement, les frottements pleuraux étaient bien distincts. Je prescrivis deux fois le jaborandi, dans un cas d'œdème pulmonaire chez un vieillard, ce traitement entraîna, après une salivation et une transpiration assez abondante, un soulagement passager, mais il ne faut pas oublier que l'œdème pulmonaire est une maladie qui est presque toujours consécutive à divers états morbides, et ce vieillard se trouvait dans ce cas. Sans vouloir faire ici le procès de la thoracentèse, je vous avouerai sincèrement que le succès que j'ai obtenu du jaborandi dans les trois cas que je viens de citer, joints aux succès publiés par des médecins européens dont je vous parlerai dans un instant, me donne droit de prôner ce nouveau traitement, car c'est un point essentiel en pratique d'avoir à sa portée, pour une maladie en général redoutable, un moyen aussi simple que sûr dans ses bons résultats. Du reste, dans les épanchements pleurétiques récents la thoracentèse est souvent incertaine dans ses résultats, quant aux épanchements chroniques, l'expérience nous dit que la thoracentèse ne constitue le plus souvent qu'un moyen palliatif. Cependant je n'ai pas besoin de rappeler que le jaborandi serait inefficace dans la pleurésie ultime qui, comme la pneumonie est le couronnement d'un grand nombre d'affections graves, incurables, mais en dehors de cette espèce de pleurésie le jaborandi trouve son application. Maintenant, j'ai consulté au sujet de ce traite-

ment les éditions les plus récentes de Grizolle, Jaccoud, De Nicmeyer, Béhier et Hardy, l'encyclopédie de Ziemssen, les cliniques de Trousseau, tous des ouvrages classiques et jouissant d'une haute réputation, aucun de ces auteurs mentionne le jaborandi, du moins dans le traitement de l'épanchement pleurétique.

La première fois que je lus quelque chose sur le jaborandi, c'était en 1874, dans le troisième volume de l'*Union Médicale* de cette ville. Depuis cette époque, cette revue a publié souvent des reproductions européennes qui ont contribué à faire connaître cette plante. M. Gubler prévoyait alors que ce médicament trouverait son indication dans les hydropisies, les bronchites à râles vibrants, avec ou sans emphysème, les fièvres éruptives entravées dansleur évolution, etc., etc.

Le volume IV, reproduit un cas d'épanchement pleurétique traité par M. Créqui. Ce cas, pendant trois semaines, s'était montré rebelle au traitement classique par les purgatifs, les vésicatoires, les diurétiques, etc. 5 grammes (75 grs.) de feuilles de jaborandi en infusion, répétée quatre fois tous les deux jours, fit disparaître entièrement l'épanchement.

Le volume V, 1876, publie un extrait rapportant un cas de succès éclatant chez un homme de 35 ans, ayant un épanchement considérable du côté gauche datant depuis longtemps.

Ayant échoué avec les révulsifs et les diurétiques, un Dr Lequesne, qui traitait ce malade, administra deux fois 3i de jaborandi, et dans l'espace juste d'une semaine, l'épanchement était complètement disparu.

Dans le même temps, MM. Gubler, Créqui et Vulpian ont eu à se louer de ce traitement dans la pleurésie.

A Montpellier, on emploie fréquemment le Jaborandi dans les épanchements pleurétiques et M. le professeur Combal, formulait, il y a une couple d'années les effets de ce médicament de la manière suivante :

" 1o Le Jaborandi est très-utile dans le traitement des épan-
" chements pleurétiques, quelle que soit leur ancienneté et
" quelle que soit l'abondance du liquide.

" 2o Le Jaborandi fait le plus souvent disparaître très-rapi-
" dement le liquide contenu dans la plèvre et fait apparaître
" des frottements pleuraux.

" 3o Les effets du Jaborandi sont de courte durée; on voit
" souvent ce liquide se reformer avec une grande rapidité. Il
" faut alors insister sur le jaborandi, et on parvient le plus
" souvent à faire définitivement disparaître le liquide.

" 4o Mais une fois le liquide disparu et les frottements pleu-
" raux apparus, le jaborandi devient absolument inefficace. Il

" faut, le plus souvent, alors pour achever la guérison, avoir " recours au traitement tonique et quelquefois aux applications " locales de teinture d'iode par exemple."

Enfin la dernière livraison du même journal reproduit une communication intéressante et détaillée qui fait connaître le succès obtenu du jaborandi dans deux cas d'épanchement latent, et c'est précisément la lecture de ce travail qui est dû à un Dr Gélineau qui m'a le plus engagé à essayer ce traitement dans les cas qui me sont personnels.

Dans l'albuminurie, M. Dujardin-Beaumetz a employé ce médicament avec avantage chez un malade affecté d'albuminurie avec œdème généralisé et incommodé par des vomissements continuels et rendant à peine deux onces d'urine par jour. Une infusion de ʒiss de feuille de jaborandi dans trois onces d'eau administrée par voie rectale a produit une salivation et une transpiration abondante. Le malade se trouva promptement soulagé. Le Jaborandi trouve encore son application dans l'asthme, surtout l'asthme humide.

Le mode d'action du jaborandi, comme tous les agents thérapeutiques, peut être interprété de bien des manières, mais je me rallie à l'hypothèse qu'en déplaçant l'effusion séreuse renfermée dans la plèvre, laquelle effusion est entraînée au dehors grâce à l'abondance de la transpiration et de la salivation, les vaisseaux exhalents de la plèvre se contractent jusqu'à ce qu'ils reviennent à leur volume primitif. En un mot, comme le dit le Dr Gélineau, que je vous mentionnais, il y a un instant, la source ancienne se tarit et s'efface pour faire place à la nouvelle.

C'est du reste l'histoire, sur une moindre échelle, des drastiques, dans les hydropisies ou même quelquefois dans les collections purulentes. Seulement l'action dérivative du jaborandi étant plus énergique ses résultats sont en rapport avec cette action marquée sur les glandes salivaires et sudorales.

En terminant, je répèterai que ce qui regarde la thérapeutique, je l'ai puisé, comme vous venez de vous en convaincre, dans les intéressantes et instructives communications publiées par des Revues françaises et reproduites par l'*Union Médicale* à laquelle nous sommes redevables de bien d'autres renseignements importants tant au point de vue scientifique que thérapeutique.

Quant à ce qui concerne les propriétés physiologiques du jaborandi. la dernière édition du *Traité de thérapeutique et de matière médicale* de Trousseau et Pidoux, revue par Constantin Paul, m'a été d'un grand secours.

J'ai trouvé aussi des informations bien utiles sur l'histoire de cette plante dans quelques communications intitulées :

" *Notes pharmaceutiques,* " publiées dans le *Medical Record* de cette ville et signées " H. Gray. "

Comme vous le voyez, le jaborandi est très en faveur auprès des médecins dont la réputation est bien établie en Europe. Ils le citent comme jouissant des propriétés sialagogues et sudorifiques on ne peut plus énergiques et comme très-efficaces dans plusieurs maladies mais spécialement dans les épanchements pleurétiques.

Telles sont, Messieurs, les quelques communications que j'ai cru devoir intéresser notre société.

Diagnostic et Pronostic.

—

QUELQUES CONSEILS PRATIQUES POUR L'ÉTUDIANT.

(*Suite*)

Le meilleur médecin, au dire d'Hippocrate est celui qui sait lire d'avance. Le malade et le médecin sont à la merci du bon pronostic : le malade pour son bon traitement, le médecin pour sa réputation. Il y a des circonstances où l'accomplissement d'un devoir reste toujours sans récompense. Ici, il en est tout autrement : un bon pronostiqueur est toujours bien payé. Si l'homme en santé est prêt à faire les plus grands sacrifites pour connaître un tant soit peu les choses futures, combien l'homme malade n'est-il pas rempli de ce désir si naturel, si instinctif. Seulement en médecine les rôles ne sont pas les mêmes. La devination est un enfantillage qui se niche quelquefois chez gente soit disant sérieuse, tandis que le pronostic médical a sa raison d'être, le devin vulgaire ne sera jamais autre chose qu'une pythonisse ridicule, moins son trepied si vous voulez, le bon pronostiqueur sera toujours un savant émérite.

M. Potain, dans une clinique sur le pronostic, considère les maladies au point de vue de celui-ci, de trois manières différentes, ou plutôt les divise en trois classes. Il y a les maladies mortelles, les transformations et les complications.

La pneumonie chez un homme parvenu aux dernières limites de la vie a une terminaison généralement fatale, de même qu'elle ne tue presque jamais dans la première enfance. Pourquoi ? l'hépatisation ou solidification du poumon est ce qui rend cette maladie mortelle ; or chez l'enfant elle se produit difficilement, tandis que chez le vieillard, déjà commencée par

le seul effet de l'âge, elle est développée rapidement par l'inflammation. Donc, à l'homme qui a compté soixante années, et qui est atteint d'une pneumonie, si elle est du sommet surtout, nous annoncerons une mort certaine. Ainsi de bien d'autres maladies dont la marche est à peu près semblable, et qui oblige le médecin à un pronostic fatal.

Les maladies, en deuxième lieu, se transforment. Nous savons tous qu'une pleurésie peut suppurer et devenir empyème, un rhumatisme mono-articulaire passer à l'état d'arthrite chronique et de tumeur blanche, une scarlatine faire place à la maladie de Bright, etc.

Les complications sont aussi nombreuses. Nous en avons déjà dit un mot au sujet du diagnostic. Ainsi nous ne devons pas oublier que la fièvre typhoïde est accompagnée de myosite quelquefois. Nous avons rencontré un cas où la myosite a suppuré après être devenue générale, et qui a conduit notre patient au tombeau. Le pronostic n'était pas douteux. La fièvre typhoïde est compliquée ainsi de bronchite, d'entérite assez sérieuse, etc. Il y a l'arthrite blennorrhagique, l'hémorrhagie grave chez l'hémophile qui subit une opération, même légère.

Il faut donc considérer le pronostic à ces trois points de vue et y attacher une importance sérieuse. Les apparences sont trompeuses: tout ce qui reluit n'est pas or. C'est au lit du malade qu'il faut se rappeler ces sentences véridiques. Tel, qui nous offre une figure assez illuminée, comme si la santé et la vie regorgeaient, et qui est mort quelques heures après. Celui-ci est accoudé sur sa table. Il est un peu oppressé, mais rien ne fait présager que l'oppression a une cause grave. Si vous faites un examen minutieux, vous constatez que le pouls faiblit, l'impulsion cardiaque s'éloigne de votre oreille, la mort n'est pas loin.

Convient-il de faire connaître toujours le pronostic que porte le médecin? Le silence ou l'abstention n'est-elle pas plus avantageuse? Au malade il est rarement utile de faire cette confidence. A la famille il est souvent avantageux de tout dire.

M. Potain nous cite à ce propos le cas suivant: une jeune fille vient de Londres à Paris pour consulter le médecin de Necker. "Docteur, lui dit-elle, en son cabinet, à peu près en ces termes: Je suis sur le point de contracter mariage. Cette union je la désire, je la souhaite, elle m'est si chère... Néanmoins, car je suis malade, donnez-moi sans réserve, comme sans restriction, tout votre avis. Dois-je attendre et combien? ou dois-je pour toujours oublier?... Honneur, délicatesse, droiture, franchise, la jeune fille met tout en jeu. Que répondre? M. Potain ausculte la jeune fille et son oreille lui dicte ce dia-

gnostic : 'Phthisie au premier degré. M. Potain va-t-il écrire, en tête de son ordonnance, cet arrêt de mort probable (question de temps), les recours en grâce sont si rares. Va-t-il brutalement, brusquement lui proscrire le mariage ? Va-t-il lui dire :

Ah ! pleure fille infortunée !
Ta jeunesse va se flétrir
Dans sa fleur trop tôt moissonnée !
Adieu, beau ciel, il faut mourir.

Mille fois non. M. Potain répondra à cette enfant avec le tact qui le caractérise, qu'elle est un peu faible en ce moment, et qu'avant de s'engager dans le mariage et dans ses suites (grossesse, accouchement, allaitement, etc) elle ferait bien, dans l'intérêt de son mari, de ses enfants à venir, et dans le sien propre de prendre tels soins hygiéniques, tels réconfortants, de suivre tel régime. Dans ces cas comme dans bien d'autres le temps est tout

Que l'élève suive la conduite d'un si grand maître.

Le même auteur qui nous a fourni les études thermométriques que nous avons citées au sujet du diagnostic, nous en procure également pour le pronostic, nous les rapportons textuellement.

Le chaud et le froid, constatés dans les maladies, sont des signes pronostiques très-précieux. Les savantes prédictions d'Hippocrate et des médecins anciens et modernes reposent très-souvent sur l'interprétation judicieuse de ces modifications de la température Les mots *sec*, *âcre*, *moite*, *humide*, sont remplacés par l'indication des degrés thermométriques qui fixent exactement dans l'esprit une notion déterminée, et qui est par cela même beaucoup plus profitable.

L'expérience a appris que dans n'importe quelle maladie—excepté dans la fièvre intermittente où l'on trouve parfois des températures de 40° ou 41°—l'élévation du thermomètre à 41° ou 41°,50 est toujours un signe grave.

Au-dessus de 41°,50 la mort est fort probable.

M. Wunderlich assure que " une température supérieure à 42° entraîne la mort avec une extrême probabilité, à moins que ce chiffre ne soit observé dans un typhus récurrent. "

M. Hirtz, également, a constaté que l'issue était fatale toutes les fois que la température dépassait 41°,9 pendant plusieurs jours.

Dans ces appréciations, on doit tenir compte de la période de la maladie, car dans la période initiale on trouve souvent des températures de 40°, 49°,50 sans que pour cela la vie soit en danger. Il y a simplement présomption que la maladie

sera grave. M. H. Roger résume ce point de vue en disant que, si cette température élevée dure plusieurs jours, on devra craindre que la bronchite ne se complique de pneumonie, que la pneumonie (si c'est une pneumonie dès le début) ne passe à la suppuration, et que la pleurésie ne devienne un empyème.

Dans les fièvres éruptives, dans les pyrexies inflammatoires, où la fièvre est la traduction de l'état local, l'élévation de la température est en proportion de la gravité de la maladie.

Cependant, il y a des inflammations qui s'accompagnent, à un certain moment, de décroissance dans la température (méningite); mais si, après cette décroissance, le thermomètre accuse une augmentation de la chaleur, c'est un très-mauvais signe.

La décroissance de la température, dans beaucoup de maladies, est un signe pronostique très-précis; dans les fièvres typhoïdes avec collapsus, dans les fièvres septicémiques, dans les entérites cholériformes, dans les péritonites avec perforation, dans les hydropisies froides, dans le mal de Bright scarlatineux ou primitif, dans l'urémie, si la température s'abaisse à la périphérie et aux extrémités, le pronostic est très-grave.

Dans la sclérème des nouveau-nés, l'abaissement progressif de la température est un signe très fâcheux; le pronostic est très favorable si, après être descendu, le thermomètre remonte.

L'abaissement de la température de l'aisselle, de 1 ou 2 degrés, est toujours très-grave, surtout chez les enfants.

Chez ces derniers, la guérison ne semble plus possible au-dessous de 32°,50; mais chez les adultes, on a vu, dans les cas de choléra, la température descendre jusqu'à 24° sans que l'issue fut fatale.

En général, la diminution de la chaleur animale, au point de vue du pronostic, est plus grave que son exaltation.

Après avoir exposé les progrès et les avantages que la médecine a retirés d'une connaissance plus précise des modifications thermiques dans les maladies, qu'il nous soit permis de dire, en peu de mots, notre sentiment à ce sujet.

Considérant que la chaleur animale est la résultante des actes mystérieux de la vie, et qu'elle accompagne le mouvement vital dans toutes ses manifestations, il est utile de connaître thermométriquement ses modifications dans l'état sain comme dans l'état morbide.

Cette utilité a été de tout temps comprise et appréciée, et nous avons vu que l'usage du thermomètre, entre les mains de Bouillaud, Andral, H. Roger, avait fait faire à cette branche de nos connaissances un pas immense qu'elle n'a guère dépassé depuis.

Les principales notions utiles que l'on pouvait retirer de la thermométrie étaient déjà acquises lorsque les Allemands s'emparèrent de la question ; ceux-ci, par une certaine mise en scène de tracés graphiques, par la généralisation de la thermométrie à tous les cas pathologiques, lui donnèrent bientôt une importance qui primait celle de la maladie elle-même.

Dès lors la maladie fut remplacée par des *calories*, le médecin par un thermomètre enregistreur, et la thérapeutique par un bain d'eau froide.

Cette exagération ne tendait à rien moins qu'à faire négliger l'étude si importantes des manifestations organiques et fonctionnelles des maladies, et c'est ce qui a eu lieu pendant un certain temps. Aujourd'hui l'engouement est passé ; la raison, le bon sens reprennent leurs droits, et l'on ne garde plus de la thermométrie que ce qu'il faut en garder : la notion des modifications thermiques dans l'état morbide en général et la possibilité, dans quelques cas rares, de faire intervenir cette notion comme élément essentiel de diagnostic ou de pronostic.

Nous reviendrons sur ce double sujet qui, au lieu d'être traité *currente calamo*, mérite la méditation continue du praticien comme de l'élève qui veut le devenir.

SÉVERIN LACHAPELLE, M. D.

Ville Saint Henri.

FIN.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MEDICALES.

Du traitement hygiénique des tuberculeux.—Il n'y a pas de *traitement* de la phthisie pulmonaire, par cette raison que la phthisie pulmonaire n'existe pas : la phthisie pulmonaire est une abstraction : on ne traite pas une abstraction. Il y a, d'une part, le tubercule, produit de déchéance, et la tuberculisation, évolution de ce produit. Il y a, d'autre part, l'organe où siége le tubercule, et le tuberculeux qui porte cet organe ; l'un et l'autre, poumon et tuberculeux, réagissant comme ils peuvent—souvent très-mal—contre l'offense tuberculeuse.

En d'autres termes, nous avons affaire à des TUBERCULEUX,

en faveur desquels nous pouvons quelque chose, et non à des *tubercules* contre lesquels nous ne pouvons absolument rien.

La notion de *spécificité* de la lésion tuberculeuse a fait naître pour quelques-uns l'idée de spécificité du médicament, source pour ceux-ci de désespérance, et pour ceux-là de charlatanisme.

En réalité, ce que nous pouvons combattre, ce sont les effets excentriques du tubercule. Ce que nous pouvons faire encore, c'est agir sur les causes de tuberculisation, non pas les causes passées, mais les causes futures, c'est-à-dire sur ce qui serait capable d'engendrer de nouveaux tubercules. Ce n'est plus là que le traitement de l'avenir, quant au malade et quant à ses organes envahis déjà, et qu'il faut essayer de préserver d'un nouvel envahissement; c'est la prophylaxie, le traitement du tuberculeux encore *tuberculisable* et qu'il faudrait empêcher d'être tel. D'un seul mot, c'est l'*hygiène*, nous l'avons assez vu, dans le cours de leçons précédentes.

L'idéal serait donc : 1° de soustraire le tuberculeux par mésaventure au milieu malfaisant, extrinsèque et intrinsèque, physque et moral, où et par quoi il est devenu tuberculeux;

L'idéal encore de changer le milieu actuel pour un meilleur, à l'égard du tuberculeux par hérédité; de telle sorte que ce tuberculeux fût placé dans des conditions telles, que de nouveaux tubercules ne germassent pas en lui;

2° Cela fait, d'enrayer l'évolution des tubercules existants;

3° De combattre l'hypérémie périphymique, ainsi que ses conséquences bronchiques et pulmonaires;

4° D'entourer de soins presque pieux l'appareil digestif;

5° De faire appel, et par tous les moyens, aux appareils nerveux, musculaire et cutané;

6° De tenir compte des formes si variées de l'évolution tuberculeuse, ainsi que de la résistance de l'organe et de celle de l'organisme.

De sorte qu'en résumé le traitement doit être individuel et s'inspirer des particularités du cas. Là est la tâche, là aussi la difficulté.

Cependant, si l'on se place au point de vue de la germination tuberculeuse, le but serait de la *prévenir*, chez un sujet prédisposé par sa débilité.

Nous savons que, dans la grande majorité des cas, la tuberculisation spontanée est le résultat de l'inanitiation digestive ou de l'inanitiation respiratoire : éviter ces causes, les éloigner si elles existent, c'est placer le sujet dans les conditions les meilleures pour le préserver.

Soit, par exemple, un enfant prédisposé à la tuberculose, par la scrofule, le lymphatisme, ou pis encore, par la tubercu-

lisation pulmonaire paternelle ou maternelle, que peut-on en sa faveur ?

Il m'a été donné d'esquisser à grands traits le plan d'existence à suivre, en pareil cas, à propos d'un enfant né d'une mère phthisique, et pour lequel son père me demandait ce qu'il fallait tenter pour le préserver du mal maternel : " En faire un petit paysan, " répondis-je, voulant dire par là qu'il fallait changer la vie urbaine pour la vie agreste, la vie dans les chambres pour la vie des champs, la privation du soleil par l'exposition au soleil, la crainte du froid par sa recherche, les bains chauds par les bains de rivière, le repos par l'activité, les exercices intellectuels par les musculaires ; en un mot, vivre de la vie naturelle : là est en réalité la prophylaxie. Et de fait j'ai réussi, pendant dix ans, à présrver cet enfant, dont je dirigeais la santé depuis la mort de sa mère, phthisique, de tout accident maladif, et cela sans le médicamenter.

L'homme est un animal et, comme tel, né pour vivre en plein air. La vie civilisée a changé tout cela : au toit du firmament on a substitué le toit artificiel ; à l'air libre et sans limites, l'air emprisonné et empoisonné. Ce n'était pas assez : entre ses murailles, de plus en plus étroites, l'homme de la cité supprimant la nuit pour prolonger la durée de son activité comme aussi de ses jouissances, s'épuise par le corps, s'épuise par l'esprit, et arrive ainsi, par l'usage organique, à une caducité précoce, quand ce n'est pas à la tuberculisation de sa personne ou de sa race.

Voilà ce que coûtent les merveilleux progrès de l'humanité ! Faut-il donc conseiller l'abandon de la vie civilisée et le retour à l'état de nature ? I a chose est impossible autant qu'insensée. Ce qu'il faut c'est, idéal réalisable, faire marcher de pair avec le reste, l'hygiène de l'édilité et l'hygiène du foyer domestique : pour l'édilité, modifier la cité, remplacer les rues étroites et tortueuses par les voies larges et rectilignes, que l'on puisse inonder de soleil et de lumière ; faire largement et partout circuler l'air et l'eau, planter des arbes nombreux et faire vivre ainsi l'homme au voisinage de qui lui est salutaire.

Dans ces conditions, que réalise déjà en partie la transformation de nos grandes villes, la tuberculisation y sera diminuée de tout ce qui était dû à l'impureté de l'air, et je ne doute pas qu'elle ne finisse par y devenir presque aussi rare que la scrofule, autrefois si fréquente, que c'était un privilége royal en France de " toucher les écrouelles " ; presque aussi rare que le scorbut, dont il y a un demi siècle à peine, en plein premier Empire, on pouvait observer un épidemie à Paris.

Je n'ai si longuement insisté, dans des leçons antérieures,

sur les causes qui font qu'on se tuberculise, que pour bien faire comprendre que les conditions inverses font qu'on ne se tuberculise pas ; qu'ainsi on peut empêcher le développement de la tuberculisation, ou développé, l'*enrayer*.

Enrayer la tuberculisation, on le peut, ainsi que le démontrent des faits très-nombreux. Et comment ? par un changement d'hygiène. Malheur à qui ne le peut faire, ou qui, le pouvant, ne le fait pas !

C'est en réparant davantage par une nourriture infiniment meilleure, en se dépensant moins avec les femmes ; c'est aussi en vivant d'une vie le plus extérieure possible, que s'est conservé tuberculeux sans devenir phthisique un de mes amis, architecte, que j'observe depuis 1856, depuis vingt-deux ans, et qui non-seulement s'est ainsi conservé, mais a engraissé à en être méconnaissable, mais a eu des enfants qui ne sont pas tuberculeux, leur hygiène étant excellente et la mère, robuste, ayant corrigé, de sa part, la vicieuse origine paternelle ; ce qui justifie ce que j'ai dit sur la non-fatalité de l'érédité tuberculeuse.

C'est par deux années entières passées à la campagne que la guérison d'accidents thoraciques sérieux et d'accidents généraux plus grave a été obtenue chez une femme tuberculeuse, que je soigne depuis vingt-cinq ans, et qui vit parfaitement, sauf qu'elle tousse un peu ; et qui engraisse, surtout depuis qu'elle a doublé sans péril le cap de la ménopause ; mais aussi a-t-elle cessé d'être ouvrière séquestrée, et sa vie, très-active, s'écoule-t-elle presque complètement à la campagne. Elle a d'ailleurs eu la sagesse de rester fille et d'échapper ainsi au double péril de la congestion pulmonaire gravidique et post-puerpérale. C'est de la sorte qu'elle a atteint aujourd'hui l'âge de quarante-huit ans ; étant *depuis trente ans tuberculeuse*. Je la "drogue" d'ailleurs le moins possible : du lait, de la viande, du vin et le plus grand air possible, voilà pour la vie habituelle ; l'hiver, de l'huile de foie de morue ; quelques jours par mois, 4 à 5 milligrammes d'arsenic ; un petit verre à liqueur de vin de quinquina au malaga à la fin du repas ; et enfin au cas de congestiou périphymique et d'oppression, un petit vésicatoire ou des badigeonnages à la teinture d'iode, voilà pour la médication : on ne la saurait faire plus simple.

Je dois encore vous citer ici pour la plus grande gloire de la vie agreste, et de l'équitation, le fait d'un officier d'artillerie qui, tuberculeux, se fit gentilhomme campagnard et se conserve ainsi depuis quarante et un ans.

De même, un médecin militaire qui se fit une santé en Algérie, par la vie active et de plein air ; qui conserva cette santé

ainsi refaite, par l'existence fatigante de médecin de campagne dans les montagnes de l'Auvergne, et qui supporte vaillamment sa tuberculisation de trente années de date.

A propos de la longue vie possible des tuberculeux, je pourrais citer des faits empruntés à Pollock, à Bennet, à Constantin Paul, et où l'on voit l'heureuse influence de la vie à la campagne, de l'alimentation plantureuse et de l'équitation.

A cette occasion, j'ai déjà dit, et je le redis ici, "l'indication est de soustraire—si possible—l'organisme aux causes qui ont amené la tuberculisation, et d'empêcher—ce qu'on peut—la congestion active autour des tubercules, car là est le danger."

"Chacun a dans sa mémoire, dit H. Gouraud, des souvenirs de malades tuberculeux ou guéris, ou améliorés, ou arrêtés sur la pente par le séjour de tel ou tel climat, et il doit faire son profit de ses souvenirs. Un de mes amis de Normandie, se trouvant sur les limites du premier et du second degré de la tuberculisation pulmonaire, prend son parti d'aller passer trois ans à Pau et chacun des étés de ces trois années aux Eaux-Bonnes. Il y a de cela une *trentaine* d'années, et ce père de famille, quoique fort délicat, vit toujours et a aujourd'hui soixante-quinze ans." Je dois, il est vrai, faire observer ici qu'il s'agit de la phthisie de la *cinquantaine*, laquelle est habituellement plus lente en sa marche et plus ralentissable que la phthisie héréditaire et de la puberté.

Je dois encore ajouter que, dans tous les cas qui me sont personnels, la tuberculisation était apyrétique et l'estomac des tnberculeux excellent, à l'épreuve même de l'huile de foie de morue!

Mais vienne l'hiver! que doit faire alors le tuberculeux de nos contrées? Doit-il toujours, et d'obligation, aller au loin, comme l'hirondelle, chercher un climat qui lui soit plus clément?

Avant d'aborder cette question des résidences hivernales pour les phthisiques, énonçons quelques vérités de sens commun : elles ne seront pas ici déplacées. Et d'abord il est bien évident que ce qu'il faut à un phthisique, ce n'est pas un climat qui le *guérisse;* c'est un climat qui lui permette de continuer de vivre,—au moins le plus longtemps possible.

On demande à l'air d'un climat comme à sa température ce qu'ils ne peuvent vraiment pas nous donner; et il est à cet égard, dans le public comme chez beaucoup de médecins, des préjugés et des présomptions féconds en mécomptes, origine, ceux-ci, d'un septicisme injuste autant qu'irrationnel et périlleux.

L'erreur est de chercher un *air* qui guérisse le tubercule et le tubrculeux; ou une *température* qui ait ce pouvoir.

L'erreur encore est de croire qu'il faille aux tuberculeux un climat où il n'y ait pas de tuberculisation autochthone; en dehors des contrées polaires, il n'est pas de ces climats. L'erreur de vouloir alors rejeter telle résidence, parce que certains de ses indigènes y deviennent spontanément tuberculeux; étant démontré que ce n'est pas l'air seulement, ni la température, ni le vent, ni la pluie, ni aucune vicissitude atmosphérique, mais les multiples infractions à l'hygiène, et sous toutes les formes, qui ont la tuberculisation pour résultante. On peut donc *devenir* tuberculeux—et vraiment cela doit être—à Cannes, à Nice, à Menthon, à Hyères, à Pau, à Alger (pour ne parler que de nos stations les plns justement réputées), et ces tubercules peuvent y engendrer des tuberculeux sans qu'il y ait à incriminer ces stations, innocentes du méfait.

Il ne faut donc pas rejeter tel pays parce qu'on y peut voir des tuberculeux, pas plus qu'il ne faudrait aveuglément adopter tel autre parce qu'on n'y en voit pas. Ce raisonnement serait absolument vicieux, au moins quant aux pays chauds. Ce qu'il importe, c'est de chercher si telle contrée est favorable aux tuberculeux et à quels tuberculeux; favorable dans telle saison et défavorable dans telle autre; ce n'est pas seulement une question de température en trop ou en pas assez, mais surtout de vicissitudes et de brusques variations atmosqhériques, quant aux vents, quant aux brouillards et quant à la pluie.

J'ai parlé de la température et de son action prétendue thérapeutique dans la phthisie pulmonaire : à cet égard l'esprit médical irait volontiers de l'équateur au pôle, du très-chaud au très-froid. Après avoir répété, après Hippocrate, que "l'été guérit les maladies qui se sont développées l'hiver" (ce qui est surtout vrai pour les affections catarrhales et à *frigore*, mais ne l'est pas pour la tuberculisation pulmonaire); après avoir envoyé les phthisiques à Alexandrie, comme Celse; en Ethiopie et en Arabie, comme Averroës; après avoir choisi comme résidence des poitrinaires le Caire, Madère, Malte, Alger, Corfou; plus loin encore, les Indes orientales, la Floride et l'Amérique du Sud, quelques-uns, et des plus savants, recommandent aujourd'hui la Sibérie orientale, les steppes de la Tartarie et les hauts plateaux de l'Engadine. On pourrait vraiment, comme le dit avec son habituelle finesse d'esprit M. Leroy de Méricourt, "écrire chaque page de l'histoire climatologique des stations d'hiver en deux colonnes qui mettraient en regard des affirmations opposées."

Ainsi pour l'air et son action médicatrice; les uns conseil-

lent l'air condensé des vallées (plus riche en oxygène sous un même volume); d'autres l'air raréfié des montagnes (forçant les poumons à une gymnastique plus active); ceux-ci, l'air marin (aux émanations d'iode et de brome); ceux-là, l'air des sapinières (aux senteurs balsamiques); tels autres, au contraire, l'air sec, frais jusqu'à être froid, et sans cesse renouvelé (ces derniers n'ont pas si tort, même quand ils exigent, comme Bennet et Mac Cormac, que les fenêtres soient ouvertes la nuit.)

J'ai parlé du raisonnement vicieux qui faisait médire des pays chauds, parce qu'on y pouvait devenir tuberculeux, et les rejeter comme résidences d'hiver de ce fait; raisonnement qui portait, inversement à préconiser les pays froids ou à grande altitude, comme stations hivernales pour les poitrinaires, parce que la phthisie pulmonaire y était rare ou inconnue; j'en ai parlé déjà et j'y reviens : le raisonnement ici est au moins séduisant. Dans les pays froids, l'hématose est puissante, et il faut qu'elle le soit pour lutter contre la réfrigération périphérique; le fonctionnement pulmonaire est ainsi maximum, et nous savons que tout organe qui fonctionne le plus est celui qui se tuberculise le moins; l'observation est ici d'accord avec la théorie physiologique : la tuberculisation pulmonaire est à peu près, sinon totalement inconnue dans les contrées voisines du pôle; les affections inflammatoires y étant fréquentes, au contraire, dans les organes respiratoires, soit en raison de leur fonctionnement excessif, soit par suite des congestions s'effectuant de la périphérie au centre et produites par le froid frappant le tégument externe. De même dans le pays à grande altitude, l'air étant plus rare, la mise en action de la totalité du poumon est indispensable, d'où l'utilisation nécessaire des lobes supérieurs des poumons pour la production d'une hématose qui suffise aux besoins de l'organisme.

Or, nous savons que l'inertie et l'oisivité habituelle de ces lobes y sont une cause adjuvante des plus considérables de tuberculisation. De sorte que, soit que nous envisagions les contrées à température froide, rigoureuse, soit que nous étudions les pays à grande altitude, nous comprenons la raison physiologico-pathologique de l'immunité de leurs habitants pour la tuberculisation pulmonaire. Et il n'y a pas à dire que ce soit le froid rigoureux qui, décimant les faibles, les empêche d'arriver à l'âge où ils pourraient se tuberculiser; attendu que la même immunité pour la phthisie pulmonaire on l'observe sur les hauts plateaux du Mexique, où il ne fait pas froid, comme dans l'Engadine supérieure, où la température est rigoureuse. Ainsi se trouve justifiée la pensée de mettre à profit cette cause d'immunité, au moins pour les sujets débiles,

et que leur débilité même, ou mieux encore, une fâcheuse hérédité, prédispose à la tuberculisation ; au moins aussi pour ceux qui commencent la tuberculisation, et qui ont dans leur malheur cette fortune de la commencer sous la forme lente apyrétique. En conséquence, le séjour dans les pays froids ou à grande altitude peut servir à *prévenir* la tuberculasation pulmonaire, ou à *enrayer* la forme lente de celle-ci, laquelle est précisément la plus commune. Mais il y a là des conditions de fortune qui ne sont pas réalisées par tous, de sorte qu'on en est parfois réduit à chercher des équivalents : par exemple, le séjour à la campagne pour les urbains devenus tuberculeux de ce fait. Mais pour en revenir au séjour sous les grandes altitudes, je peux dire qu'il est loin d'être nuisible dans les formes dites *torpides* de la tuberculisation pulmonaire.

Un médecin de Silésie, Brehmer, considère, ainsi que moi, la vie sédentaire et la repiration d'un air confiné comme les principales causes de la phthisie pulmonaire, et il se fonde, avec raison, pour le dire, sur les nombreuses observations qu'il a faites dans les prisons, les fabriques et les grandes réunions d'individus à vie sédentaire.

D'un autre côté, s'appuyant sur les statistiques de Hirsch, d'après lesquelles la phthisie pulmonaire ne se trouve pas dans les lieux à une certaine altitude, que l'air y soit d'ailleurs humide, variable ou tempestueux, pourvu que la temperature y soit moyenne, Brehmer en conclut que le traitement hygiénique de la tuberculisation pulmonaire doit être l'exercice, la vie en plein air et la résidence dans un lieu élevé. Conditions auxquelles il associe l'hydrothérapie par courtes séances (bains de pluie de quarante-cinq secondes), et des repas nombreux, mais modérés (cinq à six en vingt-quatre heures).

Eh bien, on ne saurait mieux dire : l'exercice musculaire qui fait du calorique ; la respiration d'un air raréfié qui force la poitrine à se dilater et entraîne la respiration des lobes pulmonaires ou lobes "de renfort" ; la vie en plein air, qui fait que cet air que l'on respire ainsi est pur ; l'hydrothérapie qui stimule la peau et en active les fonctions, activées déjà par l'exercice musculaire, et qui, d'autre part, provoque de grandes inspirations : tout cela est aussi correct que bien déduit : il n'y a pas jusqu'à la forte alimentation qui ne soit judicieuse.

Seulement il faut à pareil régime alimentaire un estomac qui puisse y suffire ; et l'on sait ce que vaut le plus souvent, hélas ! ou plutôt ce que ne vaut pas l'estomac d'un tuberculeux ; il faut à pareille gymnastique musculaire des forces qui ne soient pas défaillantes, comme à pareille gymnastique respiratoire, des poumons qui ne soient pas trop endommagés,

comme enfin à pareille vie en plein air, un organisme qui ne tienne pas la fièvre.—*Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*

(*A continuer*).

Nouveau traitement de l'anthrax et des affections phlegmasiques aigues, par la méthode hémospaso-aspiratrice.—Chacun connait la gravité des affections flegmoneuses aiguës. Lorsque l'on n'est pas assez heureux pour en obtenir promptement la résolution, le phlegmon s'abcède, et l'on a à compter avec toutes les conséquences qui s'y rattachent (suppuration plus ou moins abondante, décollements, résorption purulente, pyoémie). Lorsque le malade n'est pas doué d'une résistance vitale suffisante, la terminaison trop fréquente de ces accidents colliquatifs, c'est la mort!

L'anthrax est toujours une affection grave. Quand il n'aboutit pas à une terminaison fatale, il occasionne tout au moins de vives souffrances aux malades, dont le rétablissement, d'ordinaire, se fait longtemps attendre.

Le traitement de l'anthrax est essentiellement chirurgical, ce qui revient à dire qu'il entraîne, pour les patients, de douloureuses épreuves. Ils sont condamnés à de longues et profondes incisions, qu'elles soient effectuées au moyen du bistouri, du fer rouge ou des caustiques. L'exérèse, quelle que soit la forme sous laquelle elle est effectuée, comporte à sa suite une série interminable de pansements, d'injections détersives, antiseptiques, le drainage, etc.

Ce que j'ai dit de l'anthrax s'applique également aux affections phlegmoneuses aiguës.

En voilà assez pour faire voir combien laisse à désirer, sur ce chef, le traitement classique. Fort heureusement, la science n'avait pas dit son dernier mot.

Il y a quelques années, j'ai fait connaître un mode thérapeutique qui permet d'obtenir la jugulation de l'anthrax et des affections phlegmoneuses, pour peu que ce même mode soit utilisé au début de la maladie. Je dois l'avouer : malgré les faits particulièrement probants que j'ai publiés jusqu'à ce jour, ma voix s'est à peu près, sinon totalement, perdue dans le désert. Un jour viendra sans doute où cette méthode, si efficace, sera présentée comme nouvelle par un prince de la science. A partir de ce moment, je n'en fais aucun doute, elle passera dans le domaine de la pratique courante.

Mais, trêve de réflexions! Laissons, une fois encore, parler les faits.

Mme la marquise de T., est âgée de 61 ans. Elle est d'une forte constitution. Invasion de l'affection, huit jours. Cette dame porte, à la région interscapulaire, une tumeur phlegmoneuse du volume du poing d'un adulte. Une autre tumeur, moitié moins volumineuse, siége à la région illio-lombaire gauche. A la partie culminante de chacune de ces tumeurs, se voient deux surfaces de 0,03 de diamètre, criblées en arrosoir. Les téguments qui relient les deux tumeurs sont rouges, tendus, douloureux, présentant les caractères de la première période du phlegmon aigu. Le mal, dans son ensemble, mesure une étendue de 0m 28 sur 0m 18.

Depuis trois fois ving-quatre heures, la malade ne peut trouver de soulagement dans aucune position ; elle n'a poussé qu'un cri.

C'est dans cette cruelle situation que je lui propose de recourir à un moyen douloureux, mais sûr dans ses effets. En femme résolue, désireuse de s'arracher à tout prix à d'intolérables souffrances, Mme de T. accepte avec empressement ma proposition.

Je fais agir trois fois le scarificateur à 16 lames à la base de la tumeur supérieure, et j'applique le verre à ventouse de 0m 12 d'ouverture, sous lequel je pratique une aspiration pneumatique aussi douce et exempte que possible de secousses. J'extrais, de la sorte, environ une centaine de grammes de sang.

Cette saignée, si peu copieuse, suffit cependant, grâce à l'activité imprimée à la circulation capillaire, pour apporter à la malade un soulagement instantané des plus marqués. A partir de ce moment, plus de cris ; sentiment de bien-être comparatif indicible.

Le soir même, seconde saignée locale, effectuée à la partie culminante de cette même tumeur supérieure. De deux coups de scarificateur, je retire, en huit minutes, 100 grammes de sang.

Tout va pour le mieux jusqu'à minuit, moment où se réveillent les douleurs, mais avec une bien moindre intensité.

Le lendemain matin, convaincu que ces douleurs sont en rapport avec un travail d'abcession profond, bien que ne pouvant percevoir aucune fluctuation, je plonge cinq centimètres d'acier au fond de la tumeur.

Il ne s'écoule, par l'étroite ouverture, que quelques gouttes de pus. Ce résultat suffisait à la fois pour justifier mon diagnostic, et éclairer la voie dans laquelle il était convenable de m'engager.

Je ne pouvais évacuer le foyer purulent par des manipulations horriblement douloureuses. Mais il y avait mieux à faire.

Je fais agir, sur ce point même, le scarificateur et pratique ensuite une douce aspiration, précaution prise d'ouvrir notablement le robinet de réintroduction de l'air. Grâce à cette précaution, les parties, tendus et d'une extrême sensibilité, supportent, sans trop de douleur, l'action aspiratrice bien ménagée de l'appareil.

J'extrais, de la sorte, un bon verre à Bordeaux de pus mêlé de sang noir et épais.

A la suite de cette déplétion sanguine, le volume de la tumeur supérieure se trouve réduit des trois-quarts. A trois heures d'intervalle, j'extrais une cinquantaine de grammes de sang de la tumeur inférieure.

De ce moment, la marche du mal est manifestement enrayée.

C'est ainsi que, par le bénéfice de cette action locale énergique, j'ai pu juguler en quatre jours une affection phlegmoneuse qui, traitée par les moyens ordinaires, pouvait donner lieu à des décollements étendus, à une longue et colliquative suppuration.

La mortification des téguments s'est bornée aux points les plus culminants des deux tumeurs, surfaces circonscrites que, dès ma première visite, j'avais trouvées frappées de sphacèle, et dont, par conséquent, il ne m'avait plus été possible de prévenir la destruction. Le travail ulcératif a été si heureusement enrayé, qu'il ne s'est produit que deux petites plaies insignifiantes, superficielles et sans aucun décollement. La cicatrisation complète n'a pas demandé plus d'une douzaine de jours.

Dans ce cas, ainsi que dans ses analogues, l'instrument m'a rendu un signalé service, utilisé en tant qu'aspirateur. Les aspirations ainsi effectuées excitent, en effet, la circulation capillaire et raniment la vitalité dans les parois des foyers phlegmasiques. On prévient, de la sorte, les décollements, on les limite, on accélère, enfin, sensiblement le travail de la résolution et de la réparation.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Du traitement préventif des affections charbonneuses.—M. Belhomme lit un travail dont voici les conclusions :

1° Qu'il y a dans la circulation du sang des insectes infestieux;

2° Que le charbon surgit tout à coup sous l'influence d'une piqûre, ou d'un développement anormal d'une tumeur avec centre noir, et qu'il peut être suivi de phénomène graves et de la mort;

3° Qu'il faut s'efforcer, par une vie régulière et fortifiante,

de maintenir la santé et, par conséquent, le sang dans sa qualité normale ;

4° Qu'il faut se hâter de cautériser une piqûre de mouche ou de tout autre insecte suspect ;

5° Qu'il faut redoubler de soins, si l'on exerce une profession qui expose aux piqûres d'insectes ;

6° Que la dose d'acide phénique est de 15 à 30 gouttes dans un demi-litre de sirop antiscorbutique convenablement préparé ;

7° Prendre assez souvent les bains sulfureux, et surtout les bains d'Enghien, qui contiennent une quantité supérieure de soufre.

Je termine cet exposé en disant que je pense que mon séjour à Neuilly, hors Paris, depuis trois années, a pu contribuer à me préserver d'un retour à une maladie infectieuse, et que l'addition de l'acide phénique au sirop a pu en être la cause ;

8° Le sirop antiscorbutique peut rendre de grands services à l'humanité : empêcher qu'une mère soit enlevée pour toujours à ses enfants, et un père à sa famille, qu'il soutient de son travail.—*Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*

—

Du signe différentiel entre les différents épanchements pleuraux, séreux et purulents.—M. Baccelli, de Rome, lit un travail dont voici les conclusions :

1° Que la vibration sonore dans un fluide est en raison inverse de la densité, de la corpusculation et de l'hétérogénéité ;

2° Que la faculté conductrice s'amoindrit notamment par la non-homogénéité du liquide et par la corpusculation ;

3° Que l'hétérogénéité du liquide se mesure à la quantité des détritus pseudo-membraneux et des flocons albumino-fibrineux, et particulièrement à la présence des leucocytes, cellules épithélioïdes, pyoïdes et purulentes ;

4° Que les caractères externes d'un liquide, couleur, épaisseur, opacité, oisicosité, n'en démontrent pas toujours fidèlement la nature intrinsèque, laquelle doit être élucidée par l'analyse micro-chimique ;

5° Que la viscosité d'un liquide, au point d'en devenir extraordinairement filant, ne diminue pas d'une manière notable la transmission des plus faibles sons, lorsqu'il est très-homogène. —*Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*

—

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Traitement des ulcères de jambes par le bandage de caoutchouc pur.—Le docteur H. A. Martin, de Boston, donne, dans le *British medical Journal*, une description complète du traitement qu'il préconise pour les ulcères variqueux, et sur lequel il est très important d'attirer l'attention. Depuis longtemps, il les traite par l'application directe sur la peau, d'un bandage roulé en caoutchouc. Voici la manière de procéder:

On prend une bande roulée en caoutchouc aussi pur que possible, mince, de 3 mètres et demi de long sur une largeur de 7 centimètres et demi. On applique sans aucun pansement, mais sur la jambe propre la bande le matin, pendant que le malade est encore au lit. On commence par une circulaire au-dessus des malléoles, on fait un étrier sur le pied, puis au-dessus des malléoles on fait de bas en haut des tours de bande simples, obliquement jusqu'au genou, où le bandage doit s'arrêter. Chaque tour de bande doit empiéter sur le précédent de 1 à 2 centimètres. Le bandage doit être appliqué sans grande constriction, de telle sorte que le patient éprouve du bien-être plutôt qu'un sentiment de malaise. Si par hasard le bandage n'avait pu être mis le matin au lit il faudrait faire coucher le malade pour le lui appliquer.

Le patient doit porter le bandage tout le jour. Le soir, lorsqu'il se met au lit, le bandage est retiré. Le membre et le bandage sont alors baignés de liquides. On essuie le membre avec soin, on applique sur l'ulcère une compresse huilée que l'on maintient en place par quelques tours d'une bande ordinaire.

Le bandage est lavé avec de l'eau propre et suspendu pour qu'on le trouve sec le lendemain pour l'appliquer. Si la sécrétion de l'ulcère est fétide, il est bon de laver le bandage avec de l'eau phéniquée, et la jambe avec un antiseptique qui ne l'irrite pas.

Cette précaution est bonne mais pas indispensable.

Avant de remettre la bande de caoutchouc le lendemain matin il faut essuyer avec soin sur la jambe toute matière huileuse ou grasse.

Après quelques jours la peau semble irritée, des follicules s'enflamment et suppurent; après huit ou dix jours la peau devient sensible, rosée, ce qui est due à la macération qu'elle

subit constamment. Peu à peu l'aspect de l'ulcère change et la marche vers la cicatrisation est rapide.

Ce bandage doit être porté jusqu'à cicatrisation complète, et M. Martin montre qu'il est facile pour un hôpital, en prêtant aux pauvres gens la bande suffisante pour le traitement de leurs ulcères, de faire beaucoup de bien à peu de frais. La bande de caoutchouc bien lavée peut servir au même usage pendant un laps de temps considérable. D'après lui, parmi toutes les méthodes conseillées pour traiter les ulcères de jambes sans exiger le repos, aucune ne donne les résultats très-remarquables obtenus par celle-ci.

Nous avons indiqué avec détails cette manière de procéder qui réunit selon nous deux éléments favorables à la guérison de ces ulcères. La compression élastique qui a été conseillée, surtout d'une façon intermittente et avec une pression assez énergique pour que le malade ne put la supporter longtemps, nous l'avons employée avec beaucoup de succès dans plusieurs cas graves.

L'occlusion qui a tant de fois été employée avec succès pour les ulcères variqueux, et dont l'emploi s'est généralisé aujourd'hui par les enveloppements de caoutchouc pour beaucoup de lésions cutanées, surtout pour l'eczéma.

Nous n'oserions pas dire avec l'auteur, qu'aucun ulcère de jambe ne résiste à la méthode, mais nous croyons volontiers qu'il préconise un des moyens puissants contre cette maladie qu'il dit avec raison : *opprobrium chirurgicorum.—Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

—

Extraction d'un corps étranger de l'intestin par la laparatomie.—La Société de Chirurgie a écouté avec grand intérêt une communication de M. Studsgaard, de Copenhague, et un rapport de M. Tillaux, sur la possibilité d'extraire les corps étrangers de l'intestin par la laparatomie ou incision de la paroi abdominale, permettant d'arriver directement sur l'intestin. Ce qui lui a inspiré ce travail est la curieuse observation suivante. M. Studsgaard a eu à traiter un homme qui s'était introduit dans le rectum un grand verre à champignons, sorte de bocal allongé ; lorsqu'il consulta, on avait pu, au début, reconnaître le corps étranger, mais non l'attirer. Après avoir fendu largement le sphincter, la main introduite dans le rectum avait permis d'atteindre le bocal avec le doigt, mais non de le saisir. Ne pouvant réussir à l'extraire par cette voie, M. Studsgaard, sans éveiller le malade chloreformisé, lui incisa la paroi

abdominale sur la ligne blanche, parvint sur le gros intestin où le bocal était fixé. Après l'avoir attiré vers la plaie, il incisa l'intestin et fit assez facilement l'extraction.

L'intestin fut suturé avec du catgut, puis rentré dans l'abdomen. La plaie de la paroi fut suturée. Les suites furent simples et le malade guérit bien. M. Studsgaard, s'appuyant sur ce succès et sur quelques autres observations, dont une ancienne déjà, pense qu'en certains cas, cette voie pour l'extraction des corps étrangers de l'intestin est préférable à la voie rectale. Il a fait toute son opération par la méthode antiseptique et croit qu'il faudrait agir ainsi. M. Tillaux donne toute son approbation au Mémoire de M. Studsgaard.

M. Verneuil pense qu'il y a là une ressource précieuse; il ne croit pas, comme on l'a dit, que les tentatives d'extraction par le rectum soient inoffensives et, en cas de corps étrangers difficiles à atteindre, il appliquerait volontiers la méthode.

M. Lucas Championnière croit la méthode excellente; elle a du reste, été déjà proposée de la façon la plus nette, on en peut voir des preuves dans un mémoire paru il y a plus de deux ans (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, art. 10365). Le docteur Muscroft de Cincinnati, dans un article où étaient exposées surtout des observations du docteur Eve, avait rapporté l'observation italienne de succès citée plus haut. Un bout de bois de 15 centimètres, introduit dans le rectum, était remonté vers le colon, il fut retiré par la paroi abdominale, l'intestin fut suturé et le blessé guérit très-bien. (Observation du docteur Riali d'Orvieto, 1848). L'auteur américain rapportait aussi l'observation où le docteur G. Moode regretta de ne pas avoir suivi le conseil du patient, qui voulait à toute force qu'on lui fendit le ventre pour extraire un gobelet d'étain passé dans l'S iliaque et qu'on sentait à travers la paroi abdominale, l'opération fut refusée et le malade mourut. M. Championnière fait remarquer que la laparatomie est aujourd'hui faite couramment en Angleterre, en Amérique et au Danemark. On la redoute peu; elle a donné des succès remarquables pour les invaginations intestinales et les étranglements internes. Faite sous la protection de la méthode antiséptique, c'est une opération peu dangereuse, et comme il est bien vrai que des recherches sur le rectum, quand elles sont laborieuses, sont loin d'être inoffensives, il est tout disposé à admettre que dans un bon nombre de cas, la méthode proposée par M. Studsgaard rendra les services les plus réels.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

—

Moyen d'appliquer l'extension aux appareils inamovibles.—Je me suis servi dernièrement, dans le traitement d'une fracture de cuisse, d'un procédé qui, à ma connaissance, n'a pas encore été signalé. C'est l'extension au moyen d'un poids suspendu à un appareil silicaté, jusqu'à sa complète dessication. Voici en quelques mots comment j'y ai été amené. Il s'agissait d'un vieillard alcoolique entré à l'hôtel-Dieu de Reims pour une fracture par cause directe du tiers supérieur de la cuisse, qui, pendant le délire de la nuit, défaisait tous les appareils dont on avait essayé.

Je dus me borner à pratiquer l'extension au moyen d'un poids de 10 kilogrammes. Au lieu de me servir pour le fixer de la bandelette de diachylon, j'employai (pour des raisons que je n'ai pas à faire connaître) une forte bande de toile formant étrier par son plein à la plante du pied et dont les chefs remontaient de chaque côté du membre jusque vers la partie fracturée. Une bande roulée fortement serrée maintenait cet étrier par-dessus une épaisse couche de coton. Après dix jours d'extension ainsi pratiquée, le gonflement du membre, qui était considérable, diminua beaucoup, et les fragments restèrent en rapport, malgré l'indocilité du blessé, toujours agité par le délire nocturne.

Craignant, toutefois, pour les articulations et les muscles, les effets trop prolongés d'une si forte traction, j'aurais voulu, à ce moment, remplacer cet appareil par un bandage silicaté et cartonné. D'un autre côté, je craignais qu'avant la consolidation de celui-ci, la coaptation des fragments ne fut compromise par les mouvements du malade. C'est alors que j'eus l'idée d'appliquer le bandage silicaté par-dessus l'étrier et de replacer le poids jusqu'à complète dessication du silicate; ce qui fut fait. Trois semaines après, au trente-sixième jour de l'accident, le membre ayant été mis à découvert, je trouvai la fracture parfaitement réduite et déjà consolidée. Le raccourcissement était presque inappréciable, tandis qu'à l'entrée du malade il était (approximativement, à cause du gonflement de la cuisse) de 5 à 6 centimètres.

Je crois que ce procédé peut être substitué avantageusement, dans les fractures difficiles à contenir, à l'attelle de bois employée jusqu'ici pour assurer la réduction jusqu'au durcissement des appareils inamovibles, puisque non-seulement il remplit ce but aussi bien que l'attelle, mais qu'en outre il maintient sinon complètement, au moins jusqu'à un certain point les effets de l'extension.—Dr Beltz à Reims.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

—

Pansement avec la ouate imprégnée de glycérine et de camphre.—M. le docteur Paoli nous communique un important mémoire sur un pansement qu'il préconise et qu'il a appliqué avec succès à l'hôpital de Tiaret. L'étendue considérable de de travail nous oblige à en résumer seulement les points les plus utiles pour la pratique.

M. Paoli croit à l'action nocive de l'air sur les plaies, non seulement à l'action des germes qu'il contient, mais à l'action des poussières, de l'oxygène de l'azote même et en général de tous les corps qu'il peut contenir. Pour en défendre les plaies, il recommande les précautions suivantes: les laver avec une solution aqueuse d'acide phénique au cinq centième. Les recouvrir d'une épaisse et large feuille de ouate mouillée d'abord, puis imprégnée de glycérine. La plaie est au préalable abonnamment arrosée de glycérine et saupoudrée de camphre. Pardessus la ouate glycérinée on met une épaisse couche de ouate sèche et le pansement est rarement renouvelé sauf les premiers jours, où on le réapplique tous les trois ou quatre jours.

Sous ce pansement l'aspect des plaies est excel'ent, la marche de la cicatrisation est régulière et sans accidents jusqu'à la guérison. Par cette couche épaisse, sorte de boue de camphre et de glycérine et par le feutrage de la ouate, elles sont bien protégées contre l'accès de l'air.

M. Paoli cite comme preuve de la valeur de son pansement, quelques très-intéressantes observations, surtout une plaie du scrotum par arme à feu, une plaie pénétrante du crâne, une fracture du sacrum par arme à feu avec pénétration du projectile dans le bassin, une fracture compliquée de jambe, une plaie pénétrante du genou, une amputation de jambe, plusieurs plaies contuses des pieds et des mains, deux plaies pénétrantes du poignet, dans tous ces cas la guérison est survenue rapidement et facilement.

Dans les cas de plaies anfractueuses, M. Paoli injecte la glycérine.

A la campagne et sans ressources pharmaceutiques suffisantes, il le pratique avec de l'étoupe imprégnée de miel et il en a eu d'excellents résultats.

A priori, ce pansement, que l'auteur applique aussi à la contusion simple, devait produire les bons résultats que l'expérience a fait connaître. Ses trois éléments: camphre, glycérine, ouate, sont tous trois d'excellents protecteurs des plaies.

Le camphre est un excellent antiseptique; mais la glycérine a aussi beaucoup de valeur comme topique. Demarquay l'avait beaucoup préconisée. Depuis longtemps dans son service, le

professeur Guyon combine avec toutes les précautions de la méthode antiseptique l'emploi de la ouate imprégnée de glycérine phéniquée et ses résultats ont été excellents. Si M. Paoli combinait aussi son pansement avec l'emploi de lavages phéniqués beaucoup plus énergiques (solution au quarantième ou au vingtième) nous croyons qu'il aurait encore plus à s'en louer.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Du pansement de Lister dans les brûlures.—Le docteur Paul Boyt a observé, dans le service du paofesseur Verneuil, les heureux effets que retire ce chirurgien du pansement phéniqué dans les brûlures étendues. Aussi, s'appuyant sur ces faits et sur ceux qu'a fait connaître Busch (de Bonn), le docteur Boyt admet les conclusions suivantes :

1° On modère la réaction inflammatoire qui préside à l'élimination des eschares ;

2° On prévient certaines complications redoutables, telles que la septicémie aiguë, l'infection putride, etc. ;

3° La suppuration est diminuée ;

4° Enfin, nous pouvons conclure, d'après M. le professeur Buch, qu'il n'y a d'éliminé que tout juste ce qui a été mortifié par la chaleur, et enfin que la cicatrice est admirablement lisse et extensible.—(*B. de thérap.*, 15 oct. 1878.)—*Lyon Médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Des indications et des contre-indications de l'ovariotomie dans le traitement des kystes de l'ovaire.—M. Simon Duplay a lu, à l'Académie de Médecine, séance du 29 octobre 1878, le travail sus-mentionné. Voici les conclusions de ce travail :

"1° Avant de poser la questions des indications et des contre-indications de l'ovariotomie, le chirurgien doit avoir établi un diagnostic aussi rigoureux que possible, et pratiqué une ponction exploratrice.

2° Relativement à l'époque où il convient de placer l'ovariomie, je repousse l'opération précoce, et je considère que l'ovariotomie est seulement indiquée lorsque le kyste est devenu, par son volume, un motif de gêne excessive pour les malades, ou, pour les accidents locaux et généraux qu'il détermine, une cause imminente de danger pour la vie.

3° L'ovariotomie tardive, quoique ne devant pas être adoptée comme un règle générale, n'est cependant pas contre-indiquée par l'existence des complications locales et générales les plus graves, telles que : péritonite, inflammation, suppuration, la grossesse du kyste, émaciation extrême.

4° L'ovariotomie est formellement contre-indiquée dans les cas de kyste de l'ovaire compliqués de maladies générales ou locales, indépendantes de la présence du kyste, et susceptibles d'entraîner, par leur évolution ultérieure, la mort des malades.

5° Les diverses conditions locales dépendent de l'état du kyste (parois et contenu), de ses connexions (adhérence), de l'état de péritoine (ascite), ne sont que de médiocre importance, ou point de vue des indications et des contre-indications de l'ovariotomie. Je fais cependant deux exceptions à cette proposition générale : la première est relative aux kyste multilobulaires, à contenu séreux, non albumineux, pour lesquels l'ovariotomie me paraît généralement contre-indiquée ; la seconde est relative aux adhérences étendues du côté du petit bassin et des organes qui y sont contenus (utérus, vessie), et qui, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'ascite abondante, indiquent le plus souvent une affection maligne, ou du moins très-complexe. Dans ces cas, sans proscrire définitivement l'ovariotomie, je conseillerais de la retarder autant que possible.

6° Enfin, l'ovariotomie est applicable aux kystes de l'ovaire compliquée de grossesse, lorsque la vie de la mère et de l'enfant est directement menacée par le développement de la tumeur et que la ponction reste sans effet." (Com. MM. Richet, Depaul, Panas.)—*Gazette médicale de Paris.*

—

De la subérine dans les gerçures du sein.—Le traitement que préconise M. le docteur Brochard contre les gerçures du sein est tellement simple qu'il mérite d'être vulgarisé dans la pratique médicale.

"Lorsqu'une gerçure existe au sein d'une nourrice, quelle que soit son étendue, il faut laver le mamelon avec de l'*eau pure* et, après l'avoir essuyé, le saupoudrer, ainsi que la gerçure, de *subérine* qui n'est, tout le monde le sait, que de la poudre de liége impalpable. La subérine, dont je me sers constamment depuis plusieurs années chez les nourrissons, est préférable de beaucoup, dans l'hygiène du premier âge, au lycopode qui n'est qu'une poudre inerte, d'abord parce qu'elle renferme du tannin, ensuite parce qu'elle coûte moins cher, et est d'un prix tout à fait insignifiant, ce qui est une considéra-

tion importante pour un grand nombre de mères et de nourrices. Par-dessus la subérine, on met un morceau de baudruche taillé en étoile, au centre duquel on pratique quelques trous avec une aiguille très-fine.

Toutes les fois que l'on veut faire teter l'enfant, on enlève avec de l'eau la sebérine et on remet la baudruche au moyen de laquelle le nourrisson tète sans occasionner de douleur à la nourrice. Lorsque l'enfant a teté, on remet de la subérine, puis la baudruche que l'on enlève de nouveau pour faire teter l'enfant, et ainsi de suite." (*La Jeune Mère*, janvier 1878.)—*Lyon Médical.*

SYPHILIOGRAPHIE.

Réinfection syphilitique; par le docteur C. S. Douaud.—Les cas de réinfection syphilitique bien démontrés ne sont pas tellement nombreux qu'on doive négliger de faire connaître ceux qu'il est donné de rencontrer dans la pratique.

Le *Bordeaux Médical* en a publié une observation qui avait été communiquée à la Société de Médecine et de Chirurgie par le docteur Vénot.

Il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans, qui ayant eu, en 1873, un chancre induré, suivi, au bout de quelques mois, d'accidents syphilitiques bien caractérisés, contracta, trois ans et demi après, deux chancres infectants avec pléiade ganglionnaire.

Le mois suivant, M. Vénot constatait une légère céphalée continue, à exacerbations dans l'aprés-midi, en même temps qu'un peu ne courbature, du malaise et des frissons le soir; quelques jours après apparaissait une roséole des mieux caractérisées. Cette seconde atteinte virulente suivit la marche des *veroloïdes* (Diday); toute trace de roséole avait disparu une vingtaine de jours après son apparition. Revu depuis, l'examen le plus minutieux n'a pu faire rien rencontrer qui rappelât une infection syphilitique récente ou ancienne.

Le journal italien *Il Morgagni*, du mois de mai 1878, contieut une observation fort intéressante de réinfection syphilitique, publiée par le professeur Vincenzo Tanturri, directeur de la Clinique dermopathique et syphilitique de l'Université de Naples, et que nous allons résumer.

Un jeune médecin voit apparaître, treize jours après un coït infectant, trois chancres, deux sur le gland, de chaque côté du

frein, et le troisième sur le prépuce. Quelques jours après, les deux chancres, détruisant une portion du frein, ne formèrent qu'un seul ulcère superficiel; quant au chancre du prépuce, il se creusa, et ses bords présentèrent de l'induration. L'ulcère superficiel était guéri que le chancre persistait avec son induration.

Le vingt-sixième jour (21 décembre) après l'apparition des chancres, ce jeune médecin fut pris de fièvre, avec température à 38°5, qu'il prit pour une fièvre intermittente paludéenne; mais, le sulfate de quinine n'ayant produit aucun effet, le malade alla consulter le professeur Tanturri, qui, après avoir examiné les chancres et constaté que les ganglions de l'aine gauche étaient tuméfiés, durs, fusiformes et un peu douloureux, qu'il y avait malaise général, prostration des forces, abattement moral et céphalalgie persistante, diagnostiqua des accidents primaires de syphilis avec fièvre syphilitique, et prescrivit le bichlorure de mercure. Après vingt-cinq injections hypodermiques de ce médicament, le malade put reprendre ses occupations; il ne lui restait plus qu'un peu d'induration et d'augmentation du volume des ganglions inguinaux.

Quant au chancre qui avait évolué sur le prépuce, il avait laissé une cicatrice dure et apparente.

Le 14 février, coït avec une prostituée clandestine reconnue plus tard syphilitique. Il en résulta le 13 mars, vingt-neuf jours après, un chancre à bords et à base fortement indurés, avec ganglions inguinaux augmentés de volume, non douloureux.

17. L'induration diminue, l'ulcération est en voie de cicatrisation.

26. L'induration est plus molle, la cicatrisation presque complète, les ganglions durs. Légère roséole, céphalalgie non caractéristique.

1er mars. L'induration a encore diminué; céphalalgie non continue, plus intense le soir; macules rouge-brun disséminés sur le tronc.

18. Cicatrisation complète, mais induration persistante; les ganglions inguinaux sont toujours volumineux.

Ce cas serait remarquable, ajoute l'auteur, parce qu'il serait le premier exemple connu de réinfection se produisant après le traitement par les injections hypodermiques de sublimé.

A côté de ces deux cas de réinfection, je crois qu'il sera intéressant de placer celui que j'ai observé, et d'étudier en quoi ces trois cas se ressemblent, en quoi ils diffèrent.

En 1869, je fus appelé à donner mes soins à un jeune homme de vingt et quelques années, vigoureux, actif, grand mangeur et grand buveur, porteur d'un chancre dur avec pléiade ganglionnaire, qui fut traité avec la pommade au calomel. Les

suites en furent assez bénignes; une roséole assez légère, quelques acnés du cuir chevelu, quelques plaques muqueuses légères dans la bouche, furent les premiers accidents qui se montrèrent, et qui furent traités dès le début par le proto-iodure et les gargarismes au chlorate de potasse.

Trois mois après le début de ces accidents, nouvelle poussée, précédée et accompagnée de céphalée; je constatai des papules assez abondantes sur le corps, de nouvelles plaques muqueuses à la bouche, des ganglions cervicaux engorgés. Je prescrivis de nouveau le mercure, l'iodure de potassium, et procédai à la cautérisation des plaques avec le nitrate d'argent. Il n'y eut pas d'autres poussées.

Mon ex-malade fit la campagne de 1870-71 sans rien voir de nouveau, et, en 1872, il se maria. Le premier enfant se fit attendre; mais il vint au monde dans les meilleures conditions, et, sans être un enfant vigoureux, il n'est pas maladif. Un second est né quelques années après; plus pâle, plus chétif, il est souvent malade; mais l'un et l'autre sont là pour témoigner de la parfaite guérison de leur père.

Il y a quelques mois, il vint me trouver, à ma consultation, pour me montrer, me dit-il, une éruption de boutons qu'il attribuait à un certain *Rob*, fort vanté à la quatrième page des journaux, et dont il avait absorbé plusieurs flacons *pour se purifier le sang.*

Au premier abord, je crus à un effet de l'élimination de l'iode; mais un examen plus attentif me démontra bientôt que, si l'iode y était pour quelque chose, la syphilis y était pour beaucoup. Le corps était, en effet, couvert de taches de roséole, de nombreuses et larges papules; des macules rouge-vineux se voyaient sur le front, sur le cou; une éruption impétigineuse couvrait de croûtes le cuir chevelu; enfin, des plaques muqueuses se montraient à l'anus et dans la bouche et complétaient le tableau.

Bien que mon malade n'ait jamais voulu m'avouer où et comment il avait contracté un chancre; bien qu'il me niât en avoir eu un récemment, il ne me fut pas difficile de lui prouver que je n'étais pas dupe de ses protestations et que je ne croyais nullement à une histoire de pipe suspecte fumée par lui. Il portait encore sur sa verge la cicatrice indurée d'un chancre infectant récent.

Je prescrivis immédiatement le sirop de Gibert et des toniques, recommandant la plus grande réserve en ce qui concernait les rapports conjugaux. Malheureusement, ma recommandation venait trop tard: la contamination avait déjà eu lieu. J'avais deux syphilitiques à soigner au lieu d'un.

Malgré le sirop de Gibert, des douleurs ostéocopes et une céphalée intense s'exacerbant la nuit, vinrent compliquer la situation et m'obliger d'ajouter au traitement une solution d'iodure de potassium, qui les fit disparaître assez rapidement.

Au bout de trois mois, mon malade allait assez bien; il partit pour les bains de mer; mais je ne devais plus le revoir. Quinze jours après il succombait à des accidents thoraciques et cérébraux assez mal définis et qui marchèrent avec une grande rapidité.

La syphilis, ignorée de sa femme et des médecins qui l'ont traité, non avouée par le malade, a-t-elle influé sur cette mort rapide, imprévue? Je ne puis que poser de nombreux points d'interrogation.

Quoiqu'il en soit, ce cas offre ceci de particulier, que, contrairement à ce qui se passe dans la plupart des réinfections, la deuxième syphilis a été plus intense que la première: ce n'est pas une *veroloïde* que j'ai eu à traiter chez mon malade, comme dans les deux cas que j'ai résumés plus haut, mais bien une *seconde vérole*.

Le long espace de temps qui a séparé les deux maladies doit donner l'explication de l'intensité avec laquelle la seconde s'est manifestée. Il aurait été curieux de savoir ce qu'elle serait devenue dans la suite; une mort prématurée ne l'a pas permis. —*Journal de médecine de Bordeaux.*

—

Traitement de la syphilis par l'excision du chancre induré.—On dit généralement que la destruction du chancre par les caustiques, ou son ablation par le bistouri n'empêche pas le développement des accidents constitutionnels. Toutefois, étant donné que c'est là la règle, elle aurait des exceptions si l'on s'en réfère aux expériences du professeur Auspitz, de Vienne, dont nous donnons les résultats.

33 malades furent traités par l'excision, simplement à l'aide de ciseaux. L'auteur opérait d'après les règles de la méthode antiseptique et sous le jet d'acide phénique pulvérisé. Toute induration était soigneusement enlevée. Quand il le fallait, on mettait des points de suture, sinon on réunissait la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives, et on pansait avec de la ouate phéniquée. Les résultats ont été ceux que nous allons indiquer et ils ont donné lieu aux conclusions suivantes:

1° Dans 4 cas où l'induration s'établit sur un chancre mou, les malades n'eurent aucun accident constitutionnel.—2° L'induration indolente des glandes lymphatiques resta limitée à

celles de ces glandes qui avaient été primitivement envahies. —3° Toutes les fois que l'induration ne reparut pas au niveau de l'excision, il n'y eut pas d'accidents constitutionnels.—4° Le phragédénisme survenu après l'excision n'empêcha pas le développement des symptômes constitutionnels.—5° Puisque dans plusieurs cas de chancre induré, il n'y eut pas d'accidents constitutionnels après l'ablation, c'est une preuve que l'induration n'est pas liée à l'infection, mais qu'elle représente plutôt un dépôt primitif dans lequel l'organisme puise les germes de son infection. Le même raisonnement peut s'appliquer à l'adénite inguinale, qu'il y a lieu de distinguer de l'hypertrophie ganglionnaire généralisée de la dyscrasie syphilitique. En effet, dans presque tous les cas traités par l'excision, où les accidents constitutionnels manquèrent, les ganglions inguinaux étaient manifestement gonflés.—6° La réapparition de l'induration sur la plaie d'excision, dans ces cas où les symptômes secondaires se développèrent, n'indique pas que le poison circulait dans l'économie; c'était plutôt la conséquence d'une action locale des produits d'infection restés dans la région qu'occupait le chancre, soit parce que l'opération n'avait prs été bien faite, soit à cause de l'altération syphilitique des vaisseaux du voisinage.—7° De nouvelles expériences sont necessaires pour établir si, dans les cas où la syphilis se développe malgré l'excision, cette opération exerce une influence sur la nature ou la durée des manifestations constitutionnelles. Il a paru que dans quelques cas l'influence avait été manifeste.— 8° L'excision doit être recommandée à titre de mesure prophylactique dans les circonstances suivantes: quand l'induration date de peu de temps; quand il n'existe pas d'autres accidents qu'une hypertrophie indolente des ganglions inguinaux, et dans les cas où le chancre, par sa situation, facilite l'opération. A l'égard de cette dernière condition, on peut dire que les chancres du corps du pénis ou du prépuce sont mieux situés que ceux du gland ou du sillon balanique.—(*Journal de thérapeutique*, 10 octobre 1878.)—*Lyon Médical.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Formules pour injections sous-cutanées.

Nous extrayons d'un petit pamphlet publié par C. J. Powers "*Druggist's Circular and Medical Gazette*," les formules suivantes, qui trouveront leur utilité dans les cas où l'on jugera à propos d'administrer des médicaments par la méthode hypodermique.

Acide benzoïque. R. — Acide benzoïque, 1 partie; alcool 12 parties. Faites dissoudre.

Aconitine. R.—Aconitine 3 grains, eau 30 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime représente un-centième de grain d'aconitine. On peut en injecter de 3 à 6 minimes par dose.

Apmorphine (muriate d'). R.—Muriate d'apomorphine, trois grains, eau distillée, 300 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime contient un-centième de grain d'apomorphine. 10 ou 11 minimes peuvent être injectés en une seule dose comme émétique dans les empoisonnements par l'opium.

Atropine (sulfate d'). R. — Sulfate d'atropine, 3 grains, eau distillée, 300 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime contient un-centième de grain d'atropine, 1½ à 3 minimes peuvent être injectés en une dose.

Ammoniaque, 1 partie; eau distillée, 2 parties. Injectez une demi seringue ou plus pour réduire l'effet toxique produit par la morsure d'un serpent venimeux. (Halford.)

Camphre. Rp.—Camphre 1 partie, alcool 12 parties. Faites dissoudre et filtrez. (Rhode.)

Quinine, sulfate et muriate. R.—Sulfate de quinine 15 grains; eau distillée 154 minimes; acide sulphurique arom. q, s. Faites dissoudre et filtrez. Chaque minime contient un-douzième de grain. De 5 à 14 minimes peuvent être injectés en une dose.

Chloral hydraté. R.—Chloral hydraté 75 grains; eau distillée 75 minimes. Faites dissoudre et filtrez. Chaque minime contient un grain de chloral. Le médecin devra spécifier la dose suivant les cas.

Caffeine. R.—Caffeine 7½ grains; esprit de vin 75 minimes; eau distillée 75 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime

contient un-vingtième de grain du remède. On peut injecter de 4 à 15 minimes par dose.

Conicine. R.—Conicine 1 grain; esprit de vin dilué 60 minimes; eau distillée 60 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime contient un cent-vingtième de grain de conicine. Injectez de 2 à 4 minimes par dose.

Curare ou Woorara R.—Woorara 3 grains, eaux distillée 300 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime contient un centième de grain. Injectez de 4 à 9 minimes par dose.

Extrait d'opium R.—Extr. aqueux d'opium 5 grains, eau 10 minimes. Mêlez. Chaque minime contient un demi grain. Injectez de 1 à 2½ minimes par dose (Lebert).

Ergotine R.—Extrait d'Ergot 38 grains dissous, dans 114 minimes d'alcool dilué et 114 de glycérine. Chaque minime représente un-seizième de grain. Injectez de 5 à 12 minimes par dose. On peut aussi dissoudre l'extrait dans une quantité égale d'eau distillée et en injecter 1 minime ou plus.

Sublimé corrosif R.—Sublimé corrosif 3¾ grains, eau distillée 375 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime contient un-centième de grain. Injectez de 5 à 10 minimes par dose.

Biniodure de mercure R.—Biniodure de mercure 3¾ grains, iodure de potassium 45 grains, eau distillée 375 minimes. Triturez ensemble le mercure rouge et la potasse, puis ajoutez l'eau et filtrez. Chaque minime contient un-centième de grain de biniodure de mercure. Injectez de 7 à 10 minimes par dose.

Iodure de potassium R.—Iodure de potassium 75 grains, eau distillée 225 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime contient un tiers de grain. Injectez de 5 à 10 minimes par dose.

Morphine, sulfate, acétate ou muriate R.—Morphine 1½ grain, eau distillée 75 minimes. Chaque minime contient un cinquantième de grain. Injectez de 4½ à 7½ minimespar dose.

Solution hypodermique de morphine et d'atropine de Didama. R.—Sulfate de morphine 24 grains, sulfate d'atropine 1 grain, huile d'amendes amères 1 goutte, eau 2 onces. Mêlez et filtrez. 10 minimes contiennent un quart de grain de morphine et un quatrevingt-seizième de grain d'atropine. L'expérience a démontré que ces deux quantités se contrebalancent de façon à ce que la morphine produise son effet anodin sans nausées. L'huile d'amandes amères empêche la solution de devenir trouble.

Nicotine. R.—Nicotine un demi grain, eau distillée 2 drachmes.

1 minime contient un deux cent-quarantième de grain. 4 minimes, soit un soixantième de grain est une dose convenable.

Esprit d'Ether. R.—30 à 40 gouttes (divisées entre les quatre extrémités comme excitant).

Strychnine sulfate ou nitrate. R. — Sulfate de strychnine 2 grains, eau distillée une once. Mêlez. Chauffez dans une éprouvette jusqu'à ce que les cristaux disparaissent, ou mieux, triturez dans un mortier et ajoutez l'eau. 5 minimes représentent un quarante-huitième de grain.

Teinture de chanvre indien. R.—Teinture de chanvre indien, eau distillée, parties égales. Injectez de 4 à 11 minimes (Eutenberg).

Teinture d'opium. R.—Teinture d'opium de 3 à 11 minimes.

Vératrine. R.—Vératrine un demi grain, eau 50 minimes, alcool dilué 50 minimes. Mêlez. 1 minime contient 1 deux cent-vingtième de grain. Injectez de 4 à 10 minimes.

Les injections sous-cutanées sont aussi employées pour produire une irritation locale sur un point quelconque du périnée, agissant par là comme révulsifs et reproduisent ainsi une transposition, une substitution parenchymateuse d'après Luton. Luton recommande à cet effet, le sel commun, l'alcool, la teinture d'iode, la teinture de cantharides, le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent. La méthode hypodermique a été employée récemment contre les néoplasies, on emploie dans ces cas les remèdes suivants :

Acide acétique. R. — Acide acétique 1 partie, eau 5 parties. Injectez 30 gouttes dans une enflure (Broadbent).

Nitrate d'argent. R.—Nitrate d'argent 30 grains, eau distillée une demie once. Chaque minime contient un huitième de grain de nitrate d'argent. Thiersch recommande de faire suivre immédiatement l'injection de nitrate d'argent d'une injection de sel commun en solution dans l'eau.

Teinture d'iode. R.—Teinture d'iode 1 partie, eau 50 parties. Ou bien injectez 3 ou 6 gouttes ou même plus, de teinture d'iode non diluée dans les cas d'affections strumeuses et de gonflement chronique des glandes lymphatiques (Luck.) On peut remplacer la teinture d'iode par une solution d'iode et d'iodure de potassium qui est moins douloureuse. R : Iode 7 grains, iodure de potassium 35 grains, eau 770 grains. Les injections le plus récemment préconisées sont contre l'hypertrophie des amygdales sous la muqueuse. On emploie soit une solution d'iodure de potassium, 1 dans 50 (Takenbouitz) ou d'iode dans l'iodure de potassium :

Iode 2 grains, iodure de potassium 38 grains, eau 463 gouttes (Rumbold). Une solution d'iode dans la glycérine, 1 ou 2 parties d'iode pour 100 parties de glycérine (B. Fränkel). Thiersch et Missbaum ont employé la pepsine en solution à titre d'essai.

Alcool rectifié. R.—¼ à ½ seringue contre le scrofule (Schwabe). D'après les récentes expériences de Menzel et Perco les injections sous-cutanées peuvent probablement être utilisées pour l'absorption de substances nutritives, puisque les graisses, le lait et le jaune d'œuf sont absorbés par le tissu sous-cutané. — *Richmond & Louisville Medical Journal.* — *The Hospital Gazette and Archives of Chemical Surgery.*

De la teinture d'ergot de seigle en injections sous-cutanées contre la rétention inorganique d'urine.— M. Luton (de Reims) emploie de la teinture d'orgot au cinquième avec de l'alcool à 90°, à des doses variant de 0,50 à 2 grammes. 1 gramme de cette solution équivaut à 0,20 de la poudre d'ergot.

Il s'en est servi chez des typhiques, à vessie paralysée; dans des cas de variole confluente, d'hydrocéphalie aiguë. Il faisait son injection dans la fossette en arrière du grand trochanter. Une demi-heure après l'injection commençait l'émission d'urine complète, énergique; parfois même elle se faisait au bout de quelques minutes; il n'a jamais observé d'eschare à la peau, ni d'abcès gangréneux.—(*Rev. des sc. médic.*, 15 octobre 1878.) —*Lyon Médical.*

VARIÉTÉS

De l'embaumement en général et du nouveau procédé d'embaumement des cadavres sans ouverture des cavités avec le thymol; par le docteur WYWODZEFF (de Saint-Pétersbourg).—Après avoir fait l'historique de l'embaumement chez les Egyptiens et avoir passé en revue les différentes matières qu'ils employaient à cet effet, de la momification des cadavres et des embaumements chez les peuples du sud-ouest de l'Asie et du nord de l'Afrique (les Perses, les Scythes, les Ethyopiens, les Juifs, etc.), chez les Grecs, les Romains, chez les anciens habitants des îles Canaries (Guanchios), de l'Amérique et au moyen-âge, l'auteur examine les procédés employés au seizième siècle par A. Paré et Santorelli,

au dix-septième siècle par Blancardus, Louis de Bils et Louis Pénitcher, au dix-huitième siècle par Scent-Pétert, Gringuil, W. Hunter et Schlemm, au dix-neuvième siècle par Peltan, Chaussier, Béclard, Larrey, Graeffe, Ritter, Franchina, Schilling, Gannal, Sucquet, Duprès, Nawalikhine, Budge, et fait la description minutieuse de son nouveau procédé d'embaubement.

Déjà, en 1870, l'auteur avait eu recours à l'acide phénique pour embamer le cadavre de feu Wart, attaché à l'ambassade des Etats-Unis à Saint-Pétersbourg. Le manuel opératoire qu'il employa alors, fut, à peu de choses près, le même auquel il s'est arrêté définitivement aujourd'hui. Le docteur Wywodzeff se contente d'ouvrir les artères carotides et crurales, et introduit dans leurs incisions des canules en T. Ces dernières sont adaptées à un tuyau en caoutchouc, lequel fait partie d'un appareil spécial, inventé par l'auteur, et qui sert de réservoir au liquide à injecter. Cet appareil consiste en un bocal en verre, de 17 centimètres de longueur sur 14 centimètres de largeur, qui peut contenir 2 litres de liquide, lequel en est chassé au moyen de l'air comprimé. Le bocal est fermé en haut, hermétiquement, par un couvercle en cuivre, fixé, au moyen de six tiges et d'autant d'écrous, à un support massif en cuivre. Le couvercle est muni : 1° d'un entonnoir avec robinet pour faire entrer les liquides à injecter dans le bocal ; 2° d'un tuyau en cuivre avec robinet pour faire sortir l'air au moment où l'on verse le liquide dans le bocal ; 3° d'une pompe aspirante et foulante servant à comprimer l'air dans le bocal. Dans le support même de la tige de la pompe aspirante et foulante se trouve un tuyau en verre, dont une partie verticale va jusqu'au fond du bocal, et l'autre, horizontale, aboutit à un tuyau en caoutchouc. Cette dernière partie est munie d'un robinet et d'un manomètre qui montre le degré de compression d'air, et, par suite, la force avec laquelle on injecte les liquides dans le cadavre. Pour plus de sécurité, la partie horizontale du tuyau en verre est placée dans un tuyau en cuivre, lequel est soudé au support de la pompe aspirante et foulante. Le manomètre est également dans un tuyau en cuivre avec couverture, sur lequel sont gravés les degrés de pression atmosphérique.

Après de nombreuses expériences faites sur des animaux morts et des cadavres humains de différents âges et avec divers liquides, tels que l'acide phénique, l'acide salicylique et le thymol, l'auteur est arrivé aux conclusions suivanies :

1° La solution de thymol dans l'eau et la glycérine est la meilleure pour injecter, soit les cadavres entiers, soit une extrémité, soit un organe quelconque.

2° L'acide salicylique garantit également le cadavre de la putréfaction, mais à la condition que sa solution soit en contact immédiatement avec toutes les parties de la substance organique.

3° La quantité de liquide nécessaire pour un embaumement est égale, à peu de chose près, à la moitié du poids du cadavre.

4° L'embaumement ne réussit pas si l'on ouvre les cavités splanchniques, voire même si l'on fait une incision inutile.

5° L'injection du liquide doit se faire lentement, afin qu'il pénètre doucement dans les vaisseaux. Cette condition essentielle est le mieux remplie au moyen de l'appareil de l'auteur.

6° Pour injecter un membre quelconque, il faut préalablement tremper sa partie dénudée dans de l'eau bouillante et boucher le canal de l'os avec un bouchon.

7° Il faut faire les incisions des veines jugulaires et crurales aux mêmes endroits où se font les incisions des carotides et artères crurales. Au moment de l'injection du liquide à embaumer dans les artères, il faut laisser sortir le sang veineux par les incisions sus-mentionnées jusqu'à extinction, c'est-à-dire jusqu'à l'apparition du liquide injecté, dont on arrête l'écoulement au moyen des ligatures posées au-dessus et au-dessous des incisions veineuses.

8° Pour embaumer le cadavre d'un adulte, il faut introduire les canules en T, non-seulement dans les carotides, mais encore dans une ou dans les deux artères crurales.

9° Il faut ouvrir la tranchée, y mettre un bouchon et la serrer fortement au moyen d'une ligature au moment où, vers la fin de l'embaumement, le liquide commence à sortir par la bouche et les narrines.

10° Il faut arrêter l'injection lorsque les capillaires de la peau sont injectés, et que, dans l'appareil, le liquide ne descend plus à cinq atmosphères. Si une partie du cadavre s'injectait mal, il faudrait recourir à l'injection partielle par une des artères principales de cette partie.

11° On doit arrêter l'injection du cadavre de l'enfant ou d'une de ses parties lorsque le liquide ne descend plus dans l'appareil même sous la pression de trois atmosphères pour l'un et deux-trois atmosphères pour l'autre.

En terminant notre résumé de l'excellent et conciencieux travail du docteur Wywodzeff, nous ajouterons que l'auteur a embaumé, par son procédé, entre autres, le corps de l'ambassadeur chinois à Saint-Pétersbourg, Anson Berlingham, du prince Mestcherski, tué au combat de la Chipka, et de San-Martino, attaché auprès du grand-duc Nicolas, et que les cadavres examinés plus tard ont été trouvés en parfait état de conservation.

—*Gazette médicale de Paris.* DR TOILLIM.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, JANVIER 1879.

Comité de Rédaction:

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

Admission à la pratique de la Médecine.

BUREAU CENTRAL D'EXAMEN.

—

Dans notre livraison de décembre, nous appelions l'attention du Bureau des Gouverneurs sur la manière dont la loi concernant l'admission à l'étude de la médecine et celle à propos du nombre et de la durée des cours étaient appliquées, il nous reste encore, pour compléter notre tâche, à dire un mot du système des assesseurs.

Le Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, comme toute corporation régulière, a le droit de contrôler lui-même l'admission de ses membres, et c'est en vertu de ce droit que fut organisé le système actuel des assesseurs; non pas que tous fussent convaincus d'avance de son efficacité, mais plutôt à titre de compromis entre les droits du Collége et les priviléges des Universités. Il renonce difficilement à d'anciennes habitudes, surtout quand elles se parent du titre de privilége. Il fallut donc accepter ce système comme bon jusqu'à preuve du contraire, il fallut composer et de deux maux choisir le moindre

"Tantæ molis erat Romanam condere gentem."

Il y a déjà deux ans que les examens sont contrôlés par le système en question; et certes, si on ne l'envisage que sous un point de vue spéculatif, on peut être d'accord que c'était bien imaginé.

Mais sous le point de vue pratique, nous sommes en mesure de juger de son efficacité par ses œuvres, et assurément l'événement n'a pas rempli les prévisions des promoteurs de ce système, et nous sommes encore à nous demander s'il a produit un seul, le moindre avantage pratique.

Le rôle d'assesseur est extrêment délicat et n'a certes rien

d'enviable dans l'état actuel des choses. D'un côté il est très-difficile aux assesseurs, sinon impossible de s'assurer si la loi est exécutée, il faudrait pour cela n'interroger que deux élèves en même temps, or il n'en est pas ainsi, et puis est-il un élève assez dépourvu d'intelligence pour rester à *quia* sur une question posée par un interrogateur complaisant qui par ses gestes, ses intonations, ses réticences, lui dicte une réponse qui pour être muette n'en est pas moins explicite? L'assesseur a le droit, nous dira-t-on, d'interroger lui-même les élèves. Evidemment, et c'est précisément là où le système magnifique en théorie est nul en pratique. L'assesseur n'interroge pas, ou s'il le fait, c'est *pro forma*. Supposons même le cas où un assesseur constate en lui-même que la loi n'a pas été exécutée et que tel élève doit-être refusé, il ne lui est ni agréable, ni facile de faire un rapport défavorable et d'apposer son veto, et chacun sait pourquoi mieux que nous n'aimerions à le dire. On ne veut pas être taxé de favoritisme, de dûreté, de pédantisme, on s'abstient... et on a peut-être raison, car l'assesseur n'est pas en position de juger avec impartialité... impunément, la preuve en est que jusqu'à présent on a choisi pour remplir cette fonction des médecins instruits et dignes de confiance et que cependant, aujourd'hui comme autrefois, on admet à la pratique des élèves d'une ignorance profonde qui vont grossir les rangs du charlatanisme. Combien sont encore admis à la pratique, qui n'ont rempli aucune des exigences de la loi, tant sous le rapport du nombre et de la durée des cours qu'ils ont à suivre, que sous celui de leur admission à l'étude de la médecine et du nombre d'années pendant lesquelles ils ont à étudier la médecine.

A part cela, il y a encore la question pécuniaire: il est bon de se rappeler que chacun des assesseurs reçoit un salaire quotidien (bien légitime nous n'en doutons pas) de dix piastres ou à peu près par jour. Or, dans certaines universités, il y a quatre examens par année, il en résulte une note très-onéreuse et sans profit pour le Bureau qui n'est pas riche, tant s'en faut.

En conséquence de ce qui précède, nous croyons qu'il serait avantageux et urgent de revenir au système proposé par les promoteurs du Bill actuel et d'organiser un Bureau central d'examen nommé par le Collége et composé d'un nombre déterminé de professeurs de chacune des Universités et d'un certain nombre de médecins choisis en dehors des dites Universités.

D'après ce système les diplômes universitaires seraient purement honorifiques, et il n'y aurait désormais qu'une seule porte pour entrer dans la profession. Ce système offre sans

doute des difficultés d'exécution, mais d'autre part c'est celui qui offre le plus de garanties de travail de la part des élèves, d'impartialité de la part des examinateurs, de protection pour la profession et de progrès pour la science. La grande difficulté consiste en ce que chaque université préfère régler ses affaires en famille et n'avoir de comptes à rendre à personne, mais ici comme ailleurs les intérêts généraux doivent primer les intérêts particuliers. C'est le conflit des intérêts de clocher, l'ambition d'attirer le plus grand nombre d'élèves, qui font que souvent l'on est si peu exigeant sur les qualifications de ceux que l'on admet à la pratique de la médecine, et que l'on confère aux élèves ignorants et paresseux comme aux élèves studieux et savants les mêmes honneurs et les mêmes priviléges. Voilà ce qui retarde le progrès chez nous, et voilà ce qu'il nous faut supprimer si nous voulons marcher en avant.

C'est là le système qu'a adopté le Barreau, et personne ne s'en plaint, ni les universités, ni le public, et même pour la médecine dans la province d'Ontario, ce système a été établi il y a déjà plusieurs années, et on s'en trouve tellement bien, et on est tellement convaincu de sa supériorité que le Collége de cette province refuse de reconnaître la licence du nôtre tant que nous n'aurons pas adopté le même système. On peut en dire autant de la Belgique, qui possède quatre universités avec un bureau d'examen unique.

Qu'on fasse abstraction des intérêts particuliers et il est facile de se convaincre qu'un tel système serait ici une protection pour la société, pour le corps médical et pour les universités, nous en aurions fini du règne des passedroits et du favoritisme, et nous ne verrions pas notre loi médicale fonctionner dans beaucoup de cas comme les décrets du Bureau de Santé.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 11 décembre 1878.

Présidence du Dr Rottot.

Membres présents : MM. A. Dagenais, A. Brosseau, E. P. Lachapelle, E. Desjardins, F. Filiatrault, E. Berthelot, A. Demers, A. Ouimet, A. Laramée et S. Lachapelle.

La Société Médicale a appris avec regret la mort de M. le Dr Meilleur, premier surintendant de l'Éducation dans la Province de Québec. M. le Dr Meilleur aprés avoir consacré les premières années de sa vie à l'étude et à la pratique de la mé-

decine s'était depuis longtemps dévoué uniquement à la noble cause de l'éducation. La Société Médicale présente ses plus sympathiques condoléances à la famille du regretté défunt, s'engage à porter le deuil pendant un mois et prie son sécrétaire de transmettre copie des présentes résolutions à la famille de feu le Dr Meilleur.

La lecture du Dr Laramée sur le jaborandi dans quelques épanchements pleurétiques, qui est publiée aujourd'hui dans notre journal donne lieu à une discussion à laquelle prennent part les membres suivants.

Dr E. Desjardins.—L'écorce de la tige renferme autant de pilocarpine que les feuilles. Vulpian prépare l'infusion du jaborandi la veille du jour qu'il doit s'en servir. Albert Robin se sert de ce médicament dans la maladie de Bright; le jaborandi élimine une quantité considérable de l'urée qui se trouve alors dans le sang et produit ainsi des effets salutaires. D'autres (Sidney, Gould) s'en servent pour augmenter la sécrétion du lait. Vulpian et Gubler prétendent qu'il a une grande action sur les sécrétions pancréatiques et biliaires. Ces deux savants sont d'opinion différente sur le *modus operandi* de ce médicament.

L'ésérine est remplacée aujourd'hui par la pilocarpine. C'est un grand avantage vu les difficultés d'usage et le haut prix de l'ésérine. M. Hicker prône la révolution qui se fait contre l'atropine qui doit être remplacée par l'ésérine et par la pilocarpine. C'est là toute une révolution en ophthalmologie. Dans l'opération de la cataracte, l'enclavement de l'iris a déjà été amené par l'atropine. Depuis l'usage de l'ésérine on ne rencontre pas cet accident.

Dr Dagenais corrobore l'authenticité d'un des cas du Dr Laramée, et dit que si le jaborandi agit sur toutes les glandes, c'est un dérivatif puissant que nous devons être heureux de posséder.

Dr E. P. Lachapelle.—J'ai pu constater par moi-même que l'un des malades mentionnés dans la lecture du Dr Laramée avait été guéri par le jaborandi. Voici quelques notes sur les effets du jaborandi observés par le Dr Kahler. A petite dose ce médicament diminue la pression du sang d'abord, et augmente ensuite la rapidité du pouls. A haute dose il produit l'effet inverse. Le jaborandi, quoique placé comme l'antidote de l'atropine, n'est pas si sûr dans ses effets. Le Dr Kahler préfère les injections hypodermiques. Il recommande l'essai du jaborandi dans la bronchite, l'empoisonnement métallique et spécialement aussi dans la parotidite.

Dr Sév. Lachapelle.—Le jaborandi est encore si nouveau, que le peu que l'on en connaît doit avoir son utilité. Dans

des expériences faites récemment le Dr Vulpian conclut que la pilocarpine agit plus sûrement sur les glandes salivaires que sur les glandes sudorales, et est porté à croire comme d'autres savants qu'il doit y avoir dans le jaborandi, un autre alcaloïde qui agirait plus particulièrement sur ces dernières glandes. Le Dr Laramée accorde la préférence au jaborandi plutôt qu'à la thoracenthèse dans les épanchements pleurétiques. J'ai cependant dans mes notes le rapport d'un médecin qui certifie avoir guéri la majorité des cas d'épanchements pleurétiques qu'il a opérés par la thoracenthèse aspiratrice, et cela par une seule ponction, sans drainage, sans injection détersive. Il est vrai que c'était chez des enfants au-dessous de dix ans qui se trouvent dans des circonstances avantageuses. Le fait n'en mérite pas moins d'être constaté.

Dr Rottot.—Les éloges que l'on donne au jaborandi sont tellement beaux que je crains beaucoup que celui-ci ne puisse soutenir sa réputation. Faire disparaître l'effusion pleurétique en quelques jours, même en quelques heures, est chose extraordinaire. Il faut quelquefois être septique. Quel est le *modus operandi* de ce nouveau médicament. Si c'est par sa seule action sur les glandes salivaires et sudorales qu'il est si avantageux pourquoi un autre remède qui produirait les mêmes effets ne serait pas aussi bon. Je ne crois pas à cette seule action qu'on lui donne, il doit y en avoir une autre inconnue. On prétend qu'il augmente la sécrétion de toutes les glandes de l'économie. Je doute qu'il produise tant d'effets. Néanmoins le jaborandi mérite l'attention et nous ne devons manquer aucune occasion de l'expérimenter.

Dr Dagenais.—En pratique, on serait souvent embarrassé s'il fallait employer seulement les remèdes dont on connaît le mode d'action. Par exemple, tout le monde reconnaît que la quinine est antipériodique, cependant peut-on se rendre compte de son *modus operandi?* J'avoue que les effets du jaborandi sont extraordinaires, mais est-ce que les faits ne sont pas concluants? Si ce remède agit sur toutes les glandes on peut s'expliquer, jusqu'à certain point son action efficace. Nous avons bien les diurétiques qui agissent spécialement sur les reins, les diaphorétiques sur les glandes sudorales, etc., etc., je ne vois pas pourquoi la matière médicale ne posséderait pas un agent dont l'action s'exerçant sur toutes les glandes de l'économie, aurait des résultats en proportion de cette action énergique.

Dr E. P. Lachapelle.—Etant donné un malade chez lequel on constate un épanchement considérable avec ses inconvénients, si on lui administre du jaborandi et si après quelques heures l'épanchement est diminué et que les symptômes se sont amé-

liorés, il est évident que le remède a agi directement d'une manière particulière et si à ce premier cas, il vient s'en ajouter d'autres également bien observés et donnant les mêmes résultats avec le même remède, il faut se rendre à l'évidence des faits quand même on ne pourrait pas s'expliquer le mode d'action de l'agent thérapeutique employé. Du reste, il en est ainsi de plusieurs médicaments employés tous les jours.

Dr Berthelot nous dit que le Dr Gubler donne le jaborandi trois ou quatre fois par jour quand il s'en sert dans les cas mentionnés. Gubler ni Vulpian n'ont jamais prétendu guérir avec une seule dose de jaborandi un épanchement pleurétique. Ce n'est pas non plus pour eux un remède unique. On fait l'infusion des feuilles la veille du jour qu'on doit s'en servir.

Dr Laramée.—Si M. le Dr Rottot exprime autant de doutes sur les vertus du jaborandi, je ne crains pas de déclarer que c'est parce qu'il se laisse aller à l'impression du moment, car si M. le docteur eut déjà expérimenté ce remède il n'hésiterait pas de lui reconnaître les propriétés que lui ont trouvées ceux qui l'ont étudié particulièrement. Les cas de succès que je viens de rapporter ont gagné ma confiance entière dans le traitement des épanchements pleurétiques avec le jaborandi. Quant au *modus operandi* du médicament je dis que j'accepte l'hypothèse dont je vous ai parlé, parce que je la trouve rationnelle. En supposant que ce mode d'action ne serait pas admissible, ça ne change rien au résultat thérapeutique. Je suis heureux d'annoncer que le jaborandi m'a donné entière satisfaction dans les cas que j'ai rapportés et j'engage mes confrères de l'essayer quand il s'en présentera des occasions. Du reste, ceux qui en France surtout, l'ont expérimenté sont des hommes connus si favorablement dans la science qu'on peut accepter leur témoignage sans crainte. L'épanchement pleurétique étant une affection qui favorise les tubercules pulmonaires, il est urgent de combattre promptement cet ennemi. Le jaborandi est un médicament aussi facile qu'inoffensif qu'on peut opposer avec confiance à cette maladie.

Il est proposé par M. le Dr E. P. Lachapelle, secondé par M. le Dr Ed. Desjardins, que des remerciements soient votés à M. H. Gray, pharmacien de cette ville, pour l'obligeance qu'il a eue de fournir à la Société des échantillons de préparations de jaborandi.

Le Dr E. P. Lachapelle lecturera à la prochaine séance sur le cancer de la glande thyroïde.

Puis la séance est levée.

Dr Sévérin Lachapelle,
Sec.-Trés. S. M.

Lactopeptine.—Cette préparation est un composé de pepsine, de pancréatine, de diastase ou ptyaline végétale, d'acide lactique et hydrochlorique, de sucre et de lait. Son usage est aujourd'hui très répandu en Angleterre et en Amérique dans le traitement de la dyspepsie, et aussi de la débilité chez les enfants. Tous ceux qui l'ont employé jusqu'à ce jour louent hautement ses propriétés thérapeutiques. C'est un excellent remède dans le traitement de la gastrite, des vomissements de la grossesse, de la dyssenterie et de la diarrhée des enfants. Elle paraît agir bien plus efficacement que la pepsine dans le traitement des diverses espèces de dyspepsies.

—

Tromer malt extract.—Nous désirons attirer l'attention de nos lecteurs sur cette préparation déjà bien connue. L'extrait de houblon (malt extract) occupe une place importante dans la thérapeutique de nos jours. Parmi les auteurs qui font valoir ses avantages nous citerons Niemeyer, Oppolzer, Werber, Bock, Hoppe-Seyler, Heimerdinger, Juergensen, Shrœder et Ziemssen, *en Allemagne;* Trousseau, Gosselin, Hardy, Mauduit et Pillois, *en France;* Ramagalia, Tista, Tartaglia, *en Italie;* Aitken, Austin, Richardson, Chambers et Tompson, *en Angleterre.*

L'expérience a justifié les espérances que l'on avait fondées sur les propriétés thérapeutiques de cette préparation.

Les médecins désireux d'obtenir des échantillons de cette préparation pourront s'adresser à M. R. L. Gibson, seul agent pour le Canada de la *Tromer Malt extract Company.* Ce monsieur sera aussi heureux de recevoir des médecins les rapports des erpériences qu'ils feront avec cet agent thérapeuthique.

Brochures reçues.

—

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, leur influence sur l'audition, la respiration et la phonation, leur traitement, par le docteur B. Lœwenberg.

De la créosote du hêtre dans le traitement de la phthisie pulmonaire et des affections catarrhales des voies respiratoires, par le docteur G. Fournier, pharmacien de première classe, ex-interne des hôpitaux.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Lecture sur les différentes variétés de la Phthisie.

Par ANDREW CLARK, F. R. C. P. de Londres, Angleterre,
Doyen des Médecins de l'Hôpital de Londres.

Donné à Montréal, dans la salle de la Société d'Histoire Naturelle, le 5 Décembre 1878. [Traduit du *Canada Medical Record*].

M. LE PRÉSIDENT ET MESSIEURS,—Lorsque j'ai exprimé le désir d'exposer devant vous ces planches et de vous faire connaître en quelques mots mon opinion sur les différentes variétés de la Phthisie, je n'avais pas la prétention d'offrir du nouveau à une assemblée dont plusieurs membres, dans une ville de progrès comme celle-ci, ont contribué avec distinction et contribuent encore à l'anvancement de la science. Cependant permettez-moi de vous faire voir ces dessins et de vous exposer sur la phthisie mes vues qui sont le fruit de plusieurs années d'étude. J'ai désiré faire cette démarche afin d'avoir le bénéfice d'une bienveillante critique, et de voir par là jusqu'à quel point votre expérience approuve mes propres observations. Ce n'est pas mon intention d'entrer dans une revue critique ou historique des différentes théories qui ont été émises touchant cette maladie. Je vais entrer immédiatement dans le sujet, et m'efforcer de vous soumettre brièvement les conclusions auxquelles j'en suis venu.

Par phthisie j'entends "la destruction ulcérative ou suppurative de dépôts chroniques, mais non de nature maligne, plus ou moins circonscrits, dans les poumons." Cette définition n'est pas facile, elle est pratique et de plus elle a le mérite (chose que j'aimerais à trouver dans toutes les définitions médicinales), de ne comprendre aucune hypothèse, et quelle que soit notre manière de voir sur la Phthisie, nous pouvons en conserver la dénomination Phthisie bien que nos idées puissent varier Cette définition exclut la tuberculose aigue, maldie bien connue.

La principale chose que j'aie à dire de cette maladie avant de passer outre, c'est qu'elle n'a aucune relation spéciale avec

la phthisie. Dans les symptômes, dans les phénomènes qui accompagnent sa marche, dans l'anatomie pathologique que nous trouvons après la mort, dans l'état des organes pendant la vie, ce mal exhibe presque tous les caractères d'une maladie zymotique.

Je regarde réellement la tuberculose aigue comme une sorte de fièvre dont une des expressions anatomiques est ce petit corps que nous appelons tubercule. J'en appelle aux personnes d'expérience, et à tous ceux qui ont eu l'opportunité, assez rarement offerte, d'examiner un certain nombre de cas de tuberculose aigue. Je suis certain qu'ils seront comme moi d'opinion que cette maladie se change rarement en phthisie ou en aucune autre maladie pouvant entrer dans les termes de la définition que j'ai donnée.

La phthisie aigue primitive commence souvent, soit chez les enfants ou chez les adultes en parfaite santé apparente, accompagnée d'une fièvre irrégulière avec une espèce de bronchite capillaire, et se termine par la mort, généralement, dans l'espace de trois à six semaines. Lorsqu'après la mort, le corps est examiné, on y trouve difficilement aucune destruction ulcérative ou suppurative. Je termine ici mes remarques sur la phthisie aigue.

Il n'est pas hors de propos d'ajouter, qu'ayant pratiqué en même temps que Villemin, des expériences par *inoculation*, et ayant essayé également d'autres méthodes pour produire la la tuberculose, j'en suis venu à la conclusion, et je l'ai souvent constatée depuis, que la maladie produite par l'inoculation, n'est pas une véritable phthisie.

Dans toutes mes expériences sur les animaux, j'ai trouvé que le prétendu tubercule produit, disparaissait invariablement, et avec lui disparaissait la maladie quelle qu'elle fut; de plus cette maladie, excepté au début, n'était jamais accompagnée de fièvre. En inoculant un animal avec une matière caséeuse ou toute autre matière, cette inoculation est suivie d'une éruption de dépôts par tout le corps, ces dépôts ne paraissent pas affecter l'animal, et ils disparaissent dans l'espace de cinq à six semaines, laissant l'animal aussi bien portant qu'avant, vous vous accorderez avec moi pour dire que ceci ne peut pas être appelé une tuberculose aigue dans le même sens que l'autre maladie dont les progrès sont rapides et qui est toujours fatale.

Si nous passons maintenant à ce qu'on appelle la véritable phthisie, et que nous examinions les poumons de personnes mortes de cette maladie, nous pouvons sans crainte classer ces poumons en trois groupes.

Dans le premier groupe nous trouverons que l'élément destructeur prédominant est le tubercule et ses conséquences secondaires; dans le second groupe, l'élément anatomique prédominant est la pneumonie et ses conséquences secondaires; tandis que dans le troisième, l'élément anatomique prédominant est le tissu fibroïde. Ce sont là les trois groupes dans lesquels on peut ranger les poumons des phthisiques. L'élément tuberculeux prédomine dans le premier. Le second est une espèce de pneumonie, et dans le troisième le tissu fibroïde occupe la première place.

Le poumon est un organe complet, composé de plusieurs éléments anatomiques, et lorsque ces derniers sont irrités par un corps étranger, chacun de ces éléments se comporte d'une manière propre à son espèce, de sorte que vous pouvez pour ainsi dire obtenir différents résultats anatomiques. Si le tubercule est implanté dans le poumon, et si cette partie est susceptible d'être irritée, nous savons que deux conséquences en résultent ordinairement: l'une ayant la forme d'une pneumonie plus ou moins étendue, et l'autre étant une espèce de transformation fibroïde. Et de la forme prédominante dépendra la marche subséquente de la maladie, elle sera rapide et fébrile dans la forme pneumonique, lente et exempte de fièvre dans la forme fibroïde, et cela est si vrai qu'il en est pour ainsi dire résulté un axiôme qui dit que la tuberculose chronique *per se*, ne tue jamais. C'est le tubercule, avec ses effets secondaires, qui est fatal. Ainsi c'est donc avec intention que dans chacun de ces groupes j'ai employé le mot " prédominant." Je crois qu'il serait utile de donner une dénomination à chacun de ces groupes, et il est important dans un art comme la médecine, de ne pas employer, autant que possible, de mots nouveaux, c'est pourquoi, à une exception près, je me suis servi de termes simples. J'ai employé la dénomination de phthisie tuberculeuse pour désigner le premier groupe, dans lequel nous découvrons ce petit corps connu sous le nom de tubercule; je désigne le second groupe sous le nom de phthisie pneumonique, et je nomme phthisie fibroïde le troisième groupe, dans lequel domine l'élément fibroïde.

Ici commence la discussion. Pour les médecins français et un nombre très considérable de médecins anglais, ce troisième groupe de mon invention est artificiel et faux.

Ils diraient: " Voici votre phthisie tuberculeuse, parce que " le tubercule y est l'agent prédominant. Dans nos recherches " nous avons trouvé des éléments histologiques et des éléments " de structure en rapport les uns avec les autres. Cherchez des " cas de phthisie et s'ils sont de phthisie réelle, vous trouverez

" les mêmes constituants dans chacun. " Ces médecins ont même été plus loin, et en regardant un des cas représentés par ces planches ils diraient qu'il est vrai qu'il n'y a aucun vestige de tuberculose, mais simplement parce qu'à mesure que se formait un tubercule il se changeait en tissu fibroïde. D'après cet argument le tissu fibroïde serait analogue au tubercule.

Le temps ne me permet pas d'entrer dans une discussion physiologique, ce qui d'ailleurs est inutile au but que je me propose. Je fais beaucoup mieux, je nie complètement la justesse de l'argument, parce que j'en ai un de beaucoup supérieur. Je dis que le véritable critérium pour trouver la différence de nature dans les produits pathologiques réside beaucoup moins dans la structure anatomique d'une chose que dans son histoire durant la vie. Maintenant, de la chambre d'autopsie je passe dans les salles de l'hôpital, et je me demande si dans l'histoire de la phthisie durant la vie il y a quelque chose qui justifie la distinction pathologique que je viens de faire ? En un mot y a-t-il pendant la vie, ces symptômes diffrents entre ce que j'appelle la phthisie tuberculeuse, la phthisie pneumonique et la phthisie fibroïde ? Si oui. peut-on les distinguer facilement ? Ces différences sont-elles évidentes, ou de simples curiosités pathologiques ? Dans une certaine mesure j'incline pour l'affirmative. Des difficultés très sérieuses se présentent cependant dès le début. La première de ces difficultés provient de ce fait que tout homme pratique reconnaîtra tout suite : les symptômes provenant des poumons affectés s'appliquent plus distinctement à la détérioration de la fonction du poumon qu'à l'agent anatomique qui détruit et détériore cette fonction. Cette distinction est quelquefois difficile à faire, mais en prenant la maladie à son début et avec beaucoup de soin on y parvient. Vient ensuite une seconde difficulté qui est en partie pathologique, et qui se rapporte à la terminologie. Il est facile de comprendre ce qu'on entend par phthisie tuberculeuse. Nous sommes d'accord sur ce point ; une destruction suppurative du poumon où l'élément anatomique est le tubercule, nous conviendrons de nommer cela phthisie tuberculeuse, si nous poussons la définition plus loin nous l'appelons phthisie pneumonique ou phthisie fibroïde.

Lorsque nous arrivons à la phthisie pneumonique, la chose devient très complexe, non seulement par sa nature même, mais aussi par la nature de la terminologie qui a été adoptée. Je n'ai pas la prétention de rendre la chose bien claire, ni celle de me croire assez de fermeté et de justesse d'expression pour

parler sur ce sujet avec autant de confiance et de hardiesse que sur d'autres.

Il y a trois formes de pneumonie que nous reconnaissons de suite. D'abord, l'inflammation commune qui attaque la base du poumon en produisant une légère douleur ou un malaise au côté, accompagnés de crépitation et de respiration bronchique et se terminant par résolution le cinquième, le sixième ou le septième jour. Cela est la première forme de la pneumonie et la plus commune. Il y a une seconde forme toute différente, elle affecte la partie supérieure du poumon, et au lieu de se déclarer brusquement par la fièvre, commence quelquefois d'une manière insidieuse et s'étend vers la base. Le signe caractéristique de cette maladie est une matière caséeuse ayant l'apparence de celle que l'on trouve dans une glande scrofuleuse abcèdée; celle de la pneumonie commune est d'un rouge de granit. L'élément anatomique de la pneumonie caséeuse établit une espèce de lien entre ces deux formes et les réunit. Il y a une troisième forme de pneumonie appelée catarrhale ou lobulaire. Cette forme de pneumonie est commune chez les enfants, et provient de la bronchite capillaire.

Il y a donc ces trois formes de pneumonie, et chacune d'elles est capable de développer la phthisie, quoiqu'avec un degré d'intensité différent, c'est-à-dire que chacune de ces formes de pneumonie peut donner naissance à des exsudations, qui, lorsqu'elles ne sont pas absorbées subissent la destruction suppurative et prennent place immédiatement dans le domaine de la phthisie. La pneumonie commune peut produire cet effet quoique rarement, la phthisie caséeuse, la phthisie pneumonique, le produisent fréquemment, et la forme catarrhale tient le milieu entre les deux précédentes. Il est ainsi très difficile de définir ces groupes de phthisie. Je ne m'aventurerai pas trop sur ce terrain, à présent, car la chose serait trop longue et m'entraînerait au-delà des bornes d'une simple lecture que je tiens à rendre la plus claire possible. Je bornerai mes exemples à des cas provenant de phthisie pneumonique, caséeuse et croupeuse.

Avons-nous raison de faire cette classification de la phthisie en trois groupes ?

Il y a d'abord la phthisie tuberculeuse—phthisie produite par l'action destructive des tubercules et par les effets des tubercules dans les poumons. Mon opinion sur la phthisie chronique, c'est que le tubercule ne tue jamais. Si quelqu'un qui en est atteint pouvait l'empêcher de subir la seconde transformation, il n'en mourrait pas, et si ce n'était les complications de la fièvre, je ne vois pas pourquoi il ne vivrait pas

aussi bien qu'un autre. Par rapport au premier groupe, le caractère le plus frappant est celui-ci : pendant que les matières tuberculeuses sont au commencement, peu nombreuses et légères, les symptômes constitutionnels sont cependant nombreux et profonds.

Prenez un cas typique chez une fille. Voici une fille dont l'histoire de la famille du côté maternel offre peut-être des exemples de phthisie. Elle est âgée d'environ dix-huit ans, elle a de grands yeux, ses joues sont colorées et depuis quelque temps sa santé décline. Un médecin est appelé, l'examine attentivement; il trouve bien la température du corps un peu élevée, la respiration rapide, mais rien de plus. Il est en présence d'un cas où la constitution est gravement atteinte et dans lequel il n'y a aucune cause locale pour produire cet effet. Un médecin d'expérience soupçonne immédiatement l'existence de la phthisie tuberculeuse. Le patient maigrit, la toux commence, peu à peu survient de la matité et la poitrine s'affaisse. Alors surviennent les symptômes ordinaires de la phthisie, et bien que de temps à autre il y ait un mieux apparent, le mal suit sa marche progressive, et dans l'espace de deux, trois ou quatre ans, en règle générale, le cas se termine par la mort.

Comme je l'ai dit, ce cas se distingue dès le début par le peu d'importance des signes physiques et l'étendue des symptômes constitutionnels. Il se distingue aussi, je crois, par l'inefficacité de tous les systèmes de traitement. Voyons maintenant les cas de la seconde classe : les deux formes de pneumonie. La meilleure manière est de rapporter l'histoire d'un cas.

Voici le dessin d'un poumon que vous pouvez examiner, il s'agit du cas de Pierre McIntosh, bien connu à l'Hôpital de Londres. Il vint à l'hôpital et nous dit que depuis quelques jours il avait eu un frisson puis une douleur au côté. Après examen nous trouvâmes les signes ordinaires de la pneumonie, mais avec les symptômes particuliers suivants : matité sur l'étendue du poumon, respiration faible au lieu d'être bronchique et pardessus tout matité allant toujours en augmentant. Vous observerez tout d'abord que ces symptômes sont ceux de la pleurésie, mais comme il n'y avait aucun déplacement de l'organe, aucun frottement, aucun déplacement de la matité, malgré le changement de position, et comme il n'y avait aucune *protusion* des espaces *intercostaux*, comme la température était très élevée, il n'y avait aucun doute que nous étions en présence d'un mauvais cas de pneumonie. Dans le temps j'ai dit à mes élèves que cette exsudation ne serait pas absorbée, sachant par expérience que lorsqu'il y a dans le poumon assez de matière pour l'empêcher de résonner, l'absorbtion du dépôt est très

difficile. La pneumonie se termina à peu près vers le temps ordinaire et le malade se disait beaucoup mieux. Mais au bout de quelques jours il n'y avait aucun déplacement de l'exsudation et pendant des mois encore il resta sous mes soins sans qu'il se produisit le moindre changement dans la matité des poumons. Après huit ou neuf mois, il manifesta l'intention de s'en aller et en obtint la permission.

Il revint au bout d'une semaine; il avait pris du froid, et immédiatement après sa seconde admission à l'hôpital le poumon commença à s'ulcérer.

Pendant deux ans encore qu'il demeura sous mes soins, il continua à donner tous les symptômes de la phthisie. A cette période de la maladie il se produisit une complication sur laquelle je me suis trompé. J'aime beaucoup à faire partir de gros canons en présence de mes élèves et je leur dis : la pneumonie n'est pas absorbée et avant un mois il y aura des tubercules dans l'autre poumon. Dans le cas de McIntosh, ce que je croyais être la preuve du tubercule, se produisit dans le poumon opposé. Il mourut après vingt-deux mois, et à l'examen *post mortem* je me suis trouvé en présence d'un beau cas de pneumonie lobulaire et pas de tubercule. Ceci est bien un exemple frappant de ce qu'on peut appeler phthisie pneumonique provenant d'une inflammation ordinaire. C'était la première fois que je ne trouvais pas de tubercules produits par la suppuration du dépôt non absorbé. De tels cas de phthisie pneumonique se reconnaissent par l'histoire du cas lui-même, par le fait qu'il est survenu quelque manifestation tuberculeuse, parce qu'au temps de l'examen du patient il y avait plus ou moins d'indices de la non absorption du dépôt, par la matité plus ou moins étendue à la base du poumon, et parce q ue l'exsudation, au lieu de disparaître, se ramollit et revêt tous les symptômes habituels de la phthisie.

La seconde classe de cas de phthisie pneumonique ne se reconnait pas aussi facilement; elle ne présente pas ordinairement une histoire semblable à la précédente. D'un côté il n'y a pas l'histoire de la perte rapide et insidieuse de la santé, comme dans la phthisie tuberculeuse. De l'autre côté il n'y a pas non plus l'histoire d'une attaque aigue que l'on peut considérer comme une pleurésie. Il y a l'histoire d'une toux lente accompagnée d'une légère fièvre, et qui est toujours allée en augmentant sans porter une atteinte sensible à la santé. Lorsque vous rencontrez un cas de cette nature, vous trouvez ordinairement une personne bien portante, l'œil brillant, et peut-être la joue colorée. Si vous examinez ce malade, vous trouvez une grande différence avec la phthisie tuberculeuse, car pendant que les

symptômes constitutionnels sont très rares, les signes physiques abondent. Vous trouverez le milieu du poumon très mat. Dans un cas de cette nature, vous remarquerez que l'exsudation n'est pas absorbée ou qu'elle ne subit pas de changements fibroïdes, mais que le poumon s'ulcère et que la matière caséeuse remplit de petites cavités ; alors la maladie progresse comme dans un cas de phthisie ordinaire, avec cette différence que le patient devient rarement maigre ou fiévreux, excepté sur les derniers temps. Il y a ici sur la table plusieurs dessins de ces cas de phthisie pneumonique, quelques-uns représentent le poumon offrant de petites cavités et d'autres le montrent devenant en partie fibroïde. J'ai parlé de la phthisie pneumonique caséeuse comme étant très fréquente, vu qu'elle est chronique, mais elle n'est pas aussi rapide dans sa marche que la pneumonie ordinaire, elle a cependant tous les signes d'une maladie inflammatoire. On doit la reconnaître, je crois, à ce qu'elle origine dans la lobe supérieure, progresse rapidement du haut en bas, est accompagnée d'une fièvre modérée et se termine dans l'espace de deux semaines, ce qui est plus long que dans un cas ordinaire, ou se transforme en petites cavités après quelques semaines. C'est la forme de phthisie ordinairement appelée consomption galopante, *phthisis Florida.*

Ici je m'arrête un moment pour m'occuper de la question anatomique. Les anatomistes prétendent qu'il n'y a pas de distinction de fait entre la structure histologique d'un tubercule et celle d'un dépôt caséeux. Je vous prie de remarquer la grande distinction qu'il y a entre ces deux choses. Dans le cas d'une phthisie tuberculeuse vous avez la phthisie constitutionnelle précédant ou accompagnant le tubercule, mais dans la phthisie caséeuse la maladie locale est considérable tandis que les troubles constitutionnels sont presqu'imperceptibles. Ainsi les anatomistes se trouvent pris dans un dilemme. Le tubercule est une chose très petite et très curieuse. Les symptômes seront d'autant plus profonds que l'élément anatomique sera plus rare, et la constitution sera d'autant moins affectée que les désorganisations seront plus nombreuses dans le poumon. Je pourrais me servir du même argument et dire que je doute beaucoup que les tubercules crus soient réellement absorbées. Je ne doute pas qu'ils puissent se changer en tissu fibroïde ou en matière calcaire. Non pas une fois mais très souvent j'ai vu des dépôts caséeux se former au sommet du poumon et disparaître. Quelqu'un parmi les plus ardents a dit que le tubercule prenait la forme d'une infiltration tuberculeuse, et sous certaines circonstances disparaissait, mais il sera forcé d'admettre que des exemples de cette nature sont extrêmement rares.

Je passe maintenant à la marche chronique de la phthisie fibroïde. En règle générale, elle se distingue par une origine inflammatoire, mais il y a des exceptions. Avant de venir de ce côté de l'Océan, j'avais à l'hôpital de Londres trois cas qui me serviront d'exemple pour expliquer une des formes du début de cette maladie. Le premier malade offrait les symptômes suivants : C'est un homme d'environ trente-six ans ; son côté droit est extrêmement contracté, le cœur bat sous la seconde côte. L'état général de sa santé est bon, il n'a pas de fièvre, mais il souffre d'une légère toux qui est souvent quinteuse et qui se termine par des vomissements ou des nausées; il expectore ainsi une matière fétide qui vient des bronches. C'est un cas que je pourrais appeler phthisie fibroïde. Par l'examen on découvre qu'il existe deux petites cavités près du sommet du poumon, et qui ne sont pas une dilatation des bronches. Etant donc des cavités réelles, il est certain, d'après ces signes, qu'elles sont formées dans les aréoles du tissu élastique. Voici à présent l'histoire d'un des deux autres cas: Le patient a environ cinquante-deux ans. Il a été huit mois sous ma surveillance. Il est entré dans les salles de l'hôpital avec une pleurésie ordinaire; il avait une légère effusion à la base du poumon. J'ordonnai qu'il se mît au lit et qu'il gardât le repos, considérant que l'effusion étant peu considérable, il se rétablirait promptement. Je lui parlais toujours avec réserve, car en l'examinant de nouveau, je m'étais aperçu que l'effusion avait disparu et qu'il y avait un frottement de va-et-vient. Je m'en préoccupai peu, mais ce frottement de va-et-vient gagnait le poumon, nous continuâmes à l'observer et ce frottement monta en effet le long du poumon, et l'iodure de potassium et les sinapismes restèrent sans effet. La maladie resta à cet état pendant des mois, et à cette dernière phase on vit simultanément le poumon droit se contracter, les côtes se rapprocher, le cou enfler quelque peu, le cœur attiré du côté droit, l'épine dorsale se courber légèrement, c'est alors que je le laissai pour venir au Canada. Cette forme de phthisie fibroïde se distingue par une grande variété de caractères: par le mode de son origne, par la contraction du poumon, par le caractère quinteux de la toux, par l'absence de fièvre, par la lenteur des progrès de la maladie, et par le déplacement du cœur vers le côté droit.

Le dessin que je vous montre dans le moment contient une intéressante illustration d'un poumon changé en une masse fibroïde, entouré par une plèvre d'une épaisseur énorme et ayant sur son sommet environ un pouce de graisse, ce que je n'ai jamais vu avant et jamais revu depuis, bien que j'aie

examiné au-delà de quatre mille cadavres. Le sujet sur lequel j'ai trouvé un poumon dans ces conditions, fut mon premier malade à l'hôpital, il y a environ vingt-trois ans. Il exerçait le métier de poseur de briques et au temps où il me fit appeler il pesait au moins deux cent dix livres; il se plaignait de la toux et du crachement de sang. Etant jeune dans la profession je n'avais pas à cette époque de grandes connaissances sur les maladies de poumons. Je l'examinai cependant avec beaucoup de soin, mais je ne trouvai rien qui pût me rendre compte de ses symptômes. D'après l'histoire du cas, je crus qu'il pouvait souffrir de quelque tumeur interne, comme d'un anévrisme. J'appris cependant que quelques semaines auparavant il aurait été soigné dans le département chirurgical de l'hôpital pour fracture d'une côte, croyant que les poumons auraient pu être atteints, j'ordonnai un bandage. Je portais beaucoup d'intérêt à cet homme, mais il ne prit aucun mieux, des mois s'écoulèrent avant que je pus découvrir le mal. La première chose que j'aperçus fut une légère crépitation, puis une faible contraction du côté droit. Quelque temps après il commença à avoir de violents paroxysmes de toux qui se terminaient souvent par des efforts pour vomir, et il renvoyait alors un mucus fétide venant des poumons. Je l'observai pas à pas, pendant des années, et le côté droit continua à se contracter; alors survinrent des changements curieux. Le côté droit du cou devint plus petit, de grosses veines traversèrent le thorax, le bras droit et les doigts enflèrent et devinrent bleuâtre et il commença à dépérir.

A cet état de la maladie il se plaignait d'une douleur dans le côté droit, les paroxysmes de toux continuaient, et il y avait perte de sommeil. Tout le monde disait qu'il avait une tumeur et quelques-uns disaient même que c'était une tumeur cancéreuse. A la fin ma confiance s'ébranla et je crus avec les autres que c'était une tumeur, vu que je ne pouvais découvrir les symptômes d'aucune des maladies avec lesquelles j'étais familier. Toutefois, le cas suivit sa marche, et j'acquis la certitude que j'avais affaire à un poumon qui subissait une transformation fibroïde. Il laissa l'hôpital, mais je continuai à le visiter d'année en année. Il souffrait beaucoup et faisait un trop grand usage d'alcool. Sa peau devint sèche et fournit des signe d'albumine, maladie qui se rencontre dans le cours de la phthisie fibroïde; enfin, il mourut à la suite d'un refroidissement. Avant de mourir il dit à sa femme que le docteur aimerait peut-être à examiner l'intérieur de son corps, et pour me récompenser des soins que je lui avais donnés, il me légua son cadavre. Je suis certain que tous ceux qui regarderont le dessin que j'en ai fait faire, diront qu'ils n'ont jamais rien vu de semblable.

Je ne trouvai nulle part de tubercule. Je ne trouvai non plus aucune trace de maladie dans le poumon gauche qui était en parfaite santé. Aucun des organes n'était assez endommagé pour mériter une mention spéciale, si ce n'est les reins qui étaient un peu congestionnés et plus durs que d'habitude. Le poumon droit ne contenait rien qu'il fut possible d'appeler tubercule. Il avait subi une transformation fibroïde qui avait amené sa contraction et qui, à la fin, avait produit les symptômes qui causèrent la mort. Les circonstances m'ont empêché de faire un examen microscopique. Je vous ai déjà retenu très longtemps et je termine dans quelques minutes. Avec votre permission, cependant, je mentionnerai un autre cas.

Voici le dessin du poumon d'un jeune homme de dix-huit ans que le Dr Pollock, de l'Hôpital de Charing Cross, m'amena en me disant qu'il croyait avoir mis la main sur un de mes cas. Ce jeune homme sortait d'une famille sujette aux bronchites, et avait eu des attaques répétées de bronchite et de pleurésie. Lorsqu'il me fut amené, toute sa maladie résidait évidemment dans le côté droit. La poitrine était contractée, il y avait une grande matité, une respiration faible et des paroxysmes de toux. Son cœur, au lieu de battre entre la cinquième et la sixième côte, battait sous la troisième du côté droit. J'ai cru que c'était un cas de phthisie fibroïde. J'ai exposé le cas devant la Société Clinique de Londres; malheureusement le cas fut soumis à trois confrères de mon propre hôpital qui n'y virent rien de remarquable et le déclarèrent un cas ordinaire de phthisie tuberculeuse, avec contraction. *Ils étaient malheureusement trop près pour bien voir les choses.*

Je me tus et je laissai faire les choses jusqu'à ces derniers temps, où le jeune homme mourut. Avec beaucoup de difficultés nous avons obtenu, le Dr Pollock et moi, la permission de faire un examen *port mortem.* Il n'y avait que le poumon droit d'attaqué, ce poumon était réduit à environ un quart de sa grosseur ordinaire et formait une masse solide à travers laquelle passaient plusieurs tubes bronchiques dilatés; au sommet, il y avait plusieurs cavités ulcérées, mais, nous n'avons rien trouvé qui put, en aucune manière, être regardé comme un tubercule.

J'ai actuellement dans mes salles de l'Hôpital de Londres, trois cas, parvenus à des degrés différents, qui font voir un des modes de développement de la phthisie fibroïde. Le premier cas est celui d'un nommé Lanney. C'est un homme maigre, pâle et délicat. Il est atteint de toux accompagnée d'expectoration; il dit qu'il est assez bien mais que sa santé est très délicate. Ce qu'il y a de remarquable chez cet homme, c'est

qu'il n'a pas pour ainsi dire de poumons pour respirer. Il a la poitrine contractée et présente toutes les apparances d'une phthisie avancée; mais ce n'est pas du tout un cas de phthisie. Plus vous l'examinez atttentivement, plus vous vous convainquez que vous avez affaire à un homme dont les poumons sont semi-solides, contractés avec très peu d'espace pour la respiration, et peut-être des bronches légèrement dilatées et contenant une petite quantité de sécrétion. Il n'y a aucun symptôme de destruction du tissu pulmonaire, pendant plusieurs années il a souffert d'une espèce de pneumonie interstitielle. Je l'ai toujours surveillé depuis l'apparition des premiers symptômes qui sont les mêmes que dans les cas cités plus haut.

Le deuxième cas est celui d'un homme du nom de Douglas; son poumon gauche est contracté, avec crépitation dans toute son étendue; il y a respiration bronchique et bronchophonie; d'ailleurs, il jouit d'une assez bonne santé. Sa maladie rentre aussi dans l'histoire du troisième cas.

Mon troisième patient est un homme qui est sous mes soins depuis quelque temps mais dont j'oublie le nom. Il est atteint d'une pleurésie fibrineuse très persistante. Il se dit en parfaite santé, et ce n'est qu'à force de stratagèmes que nous parvenons à le garder dans nos salles. Il est tout étonné de la persistance que nous mettons à le retenir au milieu de nous. Nous tenons en effet beaucoup à le garder, afin qu'il puisse être utile à notre instruction commune. Du moment que vous appliquez la main sur sa poitrine vous sentez un mouvement de friction et vous pouvez entendre sur toute l'étendue de la poitrine le bruit de frottement de va-et-vient. C'est un exemple du commencement de ces cas, et la maladie de Lenny est commencée ainsi. Ils viennent à l'hôpital avec une douleur au côté, avec peu ou pas d'effusion dans les cavités pleurales. Probablement qu'une effusion a eu lieu à quelque époque antérieure et ils ont guéri en apparence, mais dans certains cas le bruit de frottement de va-et-vient persiste. Je n'ai jamais pu, dans aucun de ces cas, rendre aucun service thérapeutique quelconque. Dans ce dernier cas, je vais m'efforcer de retenir le patient à l'hôpital, afin de pouvoir en retracer l'histoire clinique dans tout son cours.

D'après ce que je viens de dire, j'espère que vous admettrez qu'anatomiquement, les poumons des personnes mortes de phthisie peuvent être divisés en trois classes ou groupes différents. Je crois aussi en avoir dit assez pour prouver, que même durant la vie, on peut reconnaître ces trois groupes différents, et que ces différences ne sont pas de simples curiosités pathologiques. S'il en est ainsi, je prétends que, ces

groupes étant distincts dans leur origine, différents dans leur marche, répondant différemment au traitement, ils doivent avoir des noms distinctifs.

J'aimerais à mentionner un seul autre cas ; j'ai sur cette table les dessins de deux cas de personnés qui ont souffert de tous les symptômes de la phthisie et qui sont mortes. Dans un cas on a trouvé que l'élément destructeur était un dépôt syphilitique, et dans l'autre un épanchement hémorrhagique. Dernièrement, j'ai eu occasion de voir une hémorrhagie provenant de poumons tout à fait exempts de dépôts tuberculeux. Messieurs, je vous remercie de l'attention que vous avez prêtée à cette lecture un peu longue, et bien que je ne puisse pas me flatter d'avoir résolu les nombreuses difficultés qui entourent ce sujet complexe, j'espère du moins avoir réussi à apporter quelque lumière dans vos idées et à ouvrir de nouvelles voies à vos recherches. Si j'ai réussi à faire cela, messieurs, mon temps n'aura pas été perdu.

Le Dr R. Palmer Howard demanda : 1o Avez-vous remarque si la phthisie tuberculeuse et la phthisie caséeuse pneumonique peuvent se rencontrer chez les enfants d'une même famille ? Etes-vous d'opinion que les membres d'une même famille peuvent être atteints de l'une ou de l'autre alternativement ? Sont-elles également transmissibles par héridité ?

2o Avez-vous déjà rencontré un cas de phthisie fibroïde primaire dont l'origine n'était ni inflammatoire ni tuberculeuse ? Dans un cas de pleurésie ou de pneumonie. y a-t-il possibilité de reconnaître de bonne heure, si ce changement ultérieur de la transformation fibroïde aura lieu ; si oui, comment reconnaîtrons-nous, dès le commencement, la marche de la maladie primitive ?

3o Pouvez-vous distinguer les cas de phthisie tuberculeuse chronique ou de phthisie pneumonique caséeuse qui subissent des transformations fibroïdes, des cas de phthisies fibroïdes qui commencent dans la plèvre, ou qui sont une conséquence de la pneumonie ? Ou, en d'autres termes, pouvez-vous distinguer la transformation fibroïde qui survient accidentellement dans les formes ordinaires de la phthisie, des transformations fibroïdes qui suivent la pleurésie d'un côté ou la pneumonie de l'autre ?

Le Dr Clark.—Quant à la première question j'admets comme un fait que les formes tuberculeuses ou caséeuses de la phthisie peuvent alterner dans la même famille, et de plus, des personnes atteintes de phthisie caséeuse peuvent donner naissance à des enfants sujets à la phthisie tuberculeuse. Je reconnais cela entièrement. La chose est très vraie, mais je

ne sais pas s'il serait juste de s'en servir comme argument contre ma théorie. J'admets que chez les enfants de la même famille, j'en ai trouvé un atteint de pneumonie caséeuse, et j'ai découvert chez un autre les symptômes de la phthisie tuberculeuse. J'admets de plus que la progéniture de personnes atteintes de phthisie caséeuse, peut être tuberculeuse. Même si je n'étais pas en état de répondre d'une manière satisfaisante à cet argument, je dirais que les plus grandes preuves de distinction doivent faire mettre de côté ce qui est suggéré par les faits. Les grands points de distinction sont que l'histoire de la phthise tuberculeuse est extrêmement incomplète, tandis que celle de la phthisie caséeuse est relativement bonne et que sa marche paraît être très distincte de l'autre, tandis que le traitement est presque inutile dans la forme tuberculeuse il est au contraire très efficace dans la forme caséeuse. Sur cette question je suis d'opinion que la véritable explication repose en ceci : dans ces famille, chaque membre possède des poumons maladifs, et différentes circonstances, distinctes dans chaque cas, déterminent la phthisie tuberculeuse chez les uns et la phthisie caséeuse chez les autres. Ces deux maladies dès leur origine sont si distinctes que je suis disposé à leur donner un nom différent. Je ne prétends pas avoir résolu toutes les difficultés que présente le sujet; mais je crois que sous le rapport anatomique il y a des raisons suffisantes, et que sous le rapport clinique, ces raisons sont assez nombreuses, pour qu'on puisse faire une distinction entre les deux.

La seconde question est : Ai-je jamais rencontré un cas de phthisie fibroïde primitive? Je n'en suis pas certain; je dois dire que dans les cas où j'ai pu obtenir un rapport exact, il y avait toujours, soit une pleurésie fibrineuse sèche, soit de fréquentes attaques de bronchites, de la syphilis, etc. La chose peut exister, mais d'après mes propres observations, je ne suis pas sûr d'avoir jamais vu un seul cas de phthisie fibroïde primitive.

La troisième question est de savoir, si dans un cas donné de pneumonie ou de pleurésie, il existe quelques moyens de déterminer, si des changements fibroïdes vont se produire. Je crois que oui. Si j'avais un cas de pneumonie, et que ce cas se prolongerait au-delà de la période ordinaire sans donner aucun signe d'amélioration, je dirais que de deux choses, l'une doit certainement arriver, ou cette exudation disparaîtra et nous en aurons des preuve dans les symptômes physiques et constitutionnels, ou elle sèchera et se changera en une masse fibroïde, et constitutionnellement les preuves en seront néga-

tives ; le patient éprouvera un mieux sensible et se croira tout à fait guéri. Les preuves locales seront la matité, une respiration faible, et une légère contraction qui ira en augmentant. Si j'avais un cas de pleurésie sèche simple, qui continuerait de progresser malgré tous mes soins, je dirais que, s'il est soigné par le repos et la diminution des mouvements, les chances sont que la maladie se continuera et produira une transformation fibroïde dans le poumon, mais je ne puis dire jusqu'à quel point, surtout si le patient fait usage d'alcool.

Je me suis mis en garde contre les fausses interprétations en disant que quand ces cas étaient avancés, il devenait extrêmement difficile de distinguer, car les symptômes qui se présentent alors ont plutôt rapport à la simple destruction des organes qu'à l'agent destructeur. Si vous voyez que la maladie commence dans la partie inférieure du poumon, et qu'elle progresse lentement en montant, avec accompagnement de fièvre, de prostration, d'amaigrissement, de faiblesse et de pâleur, si le sommet est sain, vous pouvez dire avec certitude que vous avez affaire à un cas ordinaire de phthisie fibroïde. Si, d'un autre côté, vous ne rencontrez aucun de ces symptômes, et que vous trouviez le sommet du poumon attaqué, je ne connais aucun autre moyen de distinguer entre les deux, si ce n'est l'histoire du cas lui-même. Dans un cas dont l'origine est soudaine, et qui présente un caractère inflammatoire, l'histoire de ce cas nous portera à conclure que c'est une phthisie fibroïde ; si, au contraire, l'origine est insidieuse, elle indique une phthisie tuberculeuse. De plus, si la phthisie fibroïde n'est pas toujours confinée à un seul poumon. c'est du moins la grande majorité des cas. J'ai même vu dans certains cas de phthisie tuberculeuse, les symptômes d'une transformation fibroïde secondaire. Cela est tellement le cas, que certains médecins, dans le traitement de la phthsie tuberculeuse, conseillent à leurs patients de devenir ivrognes afin de prolonger leur vie.

Le Dr Osler, dit que M. le Dr Clark augmenterait l'obligation que lui a déjà l'assemblée, en donnant un aperçu de quelques-uns des principes concernant le traitement de la phthisie.

Le Dr Clark répondit, qu'en le faisant il craignait de perdre le peu de réputation qu'il avait pu acquérir. Je ne prétend, dit-il, à aucune connaissance spéciale, sur le traitement de la phthisie. Lorsque je rencontre une maladie chronique, je la traite d'après les principes. Chaque organisme possède, un pouvoir de résistance et de réparation qu'il utilise en proportion des facilités que uous lui donnons. Dans un cas chronique, je commence donc toujours par chercher ce qui manque au libre fonctionnement de l'organe affecté. Ainsi, dans le traitement

de ces cas, le point le plus important est l'air, la diète et l'attention aux fonctions générales. Nous sommes toujours disposés à prescrire libéralement des remèdes, et nous mettons trop souvent de côté ces petits détails journaliers de la vie, qui dans le fond, donnent ou ôtent la vie. J'ai très peu de chose à dire de la phthisie tuberculeuse. Le point le plus important est de s'occuper de la santé générale. L'affaiblissement du pouvoir résistant permet à la maladie qui menace le malade de faire des progrès. Si j'ai pu tenir mon malade à l'abri des refroidissements, et par conséquent de la pneumonie, j'ai fait pratiquement pour lui, tout ce qui était en mon pouvoir. Il n'y a pas de principes en médecine ; de fait, c'est peut être la science la moins gouvernée par les principes. Tout organisme diffère des autres d'une manière ou de l'autre, et contient en lui les lois de son propre fonctionnement. L'homme sage qui possède le don et la science de guérir, est celui qui a le tact nécessaire pour découvrir les lois de l'organisme qu'il traite et qui se gouverne en conséquence. Il serait absurde de dire en détail comment je traiterais un cas de phthisie tuberculeuse. Une diète réglée, l'usage modéré des alcools, l'air, l'exercice et la préservation contre les refroidissements sont les principaux moyens à employer. J'ai employé toutes sortes de remèdes, hypophosphites, arsenic, fer, huile de foie de morue, etc. Mais consciencieusement je ne puis dire qu'aucun de ces remèdes ait une influence spécifique. Pour ce qui concerne la phthisie pneumonique caséeuse, je crois à l'efficacité d'un traitement. Dans un cas aigu, j'ai une grande confiance dans le traitement. Je mets mon patient au lit, je le tiens là jusqu'à ce que sa température soit descendu au-dessous de 100°, quelque temps que cela prenne. Dans les cas où la secrétion est rare, la langue sèche, la température élevée, le pouls rapide, je me contente de faire un usage abondant des salins et de la contre-irritation, si la fièvre ne disparait pas, je renonce au citrate de potasse et je mets un drachmo de vin antimonial dans un verre d'eau et je fais prendre ce breuvage pendant vingt-quatre heures. La transpiration s'établit, la langue devient humide et l'expectoration commence ordinairement. Alors j'arrête ce traitement et j'emploie des boissons salines, alcalines, effervescentes, avec de la quinine et de l'acide citrique. Je nourris mon malade avec du lait et du thé de bœuf. En pratique, nous oublions souvent que les nourritures liquides vont rapidement aux poumons. Dans les cas où il y a exsudation dans les poumons, nous l'excitons en gorgeant les patients de nourriture liquide, administrée à de courts intervales. Dans les cas où la pneumonie progresse rapidement, j'ai vu des exsudations hâtées vers un résul-

tat fatal par l'administration d'aliments liquides toutes les demi-heures. La nourriture doit être donnée sous une forme plus solide et pas plus souvent que toutes les quatre heures. Je crois que l'alcool est extrêmement utile dans ces cas. Il est aussi utile dans les maladies scrofuleuses en général.

Le docteur Roddick dit que la question du climat par rapport à la phthisie était d'une grande importance pour les médecins de ce pays, et il demanda au docteur Clark de vouloir bien donner son opinion sur un sujet aussi important.

Le Dr Clark croit que malgré les avertissements réitérés, les consomptifs, en général, vont tous à ces lieux fashionables qu'on nomme places de santé. Malheureusement il n'a pu, jusqu'à présent, se tracer aucune règle définie sur ce point. Avant de décider où son patient devrait aller pour trouver un changement d'air, il s'assurerait d'abord s'il éprouve plus de bien être dans une vallée ou sur une hauteur, et il agirait en conséquence. Ce qui peut être favorable à une personne peut causer la mort d'une autre. Il conseille de ne pas éloigner les malades du comfort qu'ils trouvent chez eux, si la maladie est dans un état avancée. Madère et le sud de la France sont les places de santé les plus fashionables pour les consomptifs anglais, mais il connaît certain cas où l'atmosphère sombre de Londres a procuré un grand soulagement à des phthisiques. Il pense beaucoup de bien du Colorado et de la Floride et regrette que ces pays ne soient pas d'un accès plus facile aux phthisiques européens. Pendant son séjour à Ottawa il a été informé que les maladies des poumons étaient presque inconnues parmi la classe des hommes de chantiers, mais il ignore s'ils doivent un état de chose si heureux à leur manière de vivre ou aux conditions atmosphériques. En un mot, dans l'état actuel de nos connaissances, la question si importante du climat dans le traitement de la phthisie, ne saurait être résolue autrement que par les dispositions générales de chaque malade.

REVUE DES JOURNAUX.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Du traitement hygiénique des tuberculeux.—*Suite.*—J'ai conseillé, avec avantage, à des jeunes gens qui commençaient une tuberculisation pulmonaire à forme a yrétique, de se faire colons en Algérie, combinant ainsi les avantages de la vie agreste à ceux d'un climat bienfaisant. Je pourrais citer le cas d'un médecin militaire qui, tuberculeux hémoptysique, a rétabli sa santé en Afrique, associant l'équitation à la vie en plein air.

D'autres passent en quelque sorte leur existence entre l'air et l'eau méditerranéens, faisant ainsi empiriquement une double cure: cure par l'air pur, dense, tempéré et salin, cure par la navigation. M. Brulot a connu un jeune phthisique "qui passait son temps sur les bateaux allant d'Alger à Marseille, et inversement, et qui s'en trouvait bien."

En fait, ce qu'il ne faut pas, c'est envoyer à Alger ou en Algérie les tuberculeux trop avancés dans leur phthisie, surtout les tuberculeux fébricitants. Les autres, au contraire, en éprouvent un véritable bienfait.

Je crois savoir que certains se préoccupent de fonder sur nos côtes africaines de la Méditerranée un vaste *sanitarium* où les tuberculeux réaliseraient la vie de plein air, buvant abondamment du lait de jument, d'ânesse ou de vache, ou ce même lait de jument fermenté, le *koumys;* montant à cheval et faisant des excursions au désert, comme les tuberculeux moscovites dans les steppes de la Tartarie; ce serait là, pour nos compatriotes ainsi que pour les habitants des contrées de l'est et du midi de l'Europe une heureuse installation: les bienfaits du désert et les jouissances de la vie civilisée.

Mais il y a la mer à traverser, la mer à mettre entre sa famille et soi: c'est l'exil aggravé, surtout pour les Français, gens casaniers et très-peu marins. Aussi nos stations hivernales les plus fréquentées par nos compatriotes, et les plus justement recommendables, sont-elles sur nos côtes méditerranéennes, ainsi que dans quelques vallées au pied des Pyrénées.

On ne saurait dire trop de bien de Menton, de Cannes, de

Nice, de Monaco, d'Hyères; comme de Pau, d'Amélie-les-Bains, du Vernet, dans les Pyrénées; d'Arcachon; de Montreux, en Suisse; de Méran, dans le Tyrol. Les seules réserves à faire, quant à nos stations méditerranéennes, c'est, pour les tuberculeux trop excitables, d'éviter le séjour trop près de la mer, dont l'influence directe peut devenir l'occasion d'une excitation presque fébrile, fâcheuse à la tuberculisation, ou du développement d'accidents rhumatismaux; c'est aussi d'éviter, chose facile, le vent qui souffle par les trouees des montagnes; il est également important, aux malades qui vont hiverner dans les Pyrénées, de se soustraire aux brouillards de la vallée.

Le changement de climat, le changement ordinairement lointain, voilà qui est bien! mais encore faut-il que l'on soit riche, et que, riche, l'on soit libre. Quoi pour le tuberculeux pauvre? Quoi encore pour le tuberculeux fortuné, mais chef de famille, et pour qui l'éloignement c'est la ruine de lui-même et des siens? Quoi aussi pour la mère de famille qui ne peut délaisser ses enfants sans péril pour son cœur, ou les traîner après elle sans péril pour sa bourse?

Force est pour eux de rester, force pour nous de leur trouver des équivalents. Lesquels?

De l'air au dehors et du soleil, le plus qu'on pourra; qu'ils sortent chaque jour, à pied, fortement chaussés, c'est-à-dire ayant d'épaisses semelles qui éloignent les pieds du sol, et non point des chaussures fourrées qui y provoquent la sueur et le refroidissement possible à la suite; mais qu'ils évitent la pluie, le brouillard et le trop grand vent.

De l'air au dedans, le plus abondant et le plus pur possible; que les fenêtres soient largement ouvertes plusieurs fois par jour; qu'il en soit ainsi des portes de communication à l'intérieur de l'appartement; que les trappes des cheminées soient toujours ouvertes, été comme hiver, c'est là une source de ventilation.

Quant à la chambre à coucher, elle doit être tout le contraire de ce qu'elle est: je ne sais rien de plus hideusement fétide que la chambre à coucher d'un phthisique riche; c'est un endroit soigneusement clos, où il est interdit à l'air d'entrer comme à l'espérance; bourrelets aux portes, bourrelets aux fenêtres; épais rideaux enveloppant le lit, où mijote à l'étuvée, dans sa moiteur et dans son air vingt fois préréspiré, vingt fois souillé déjà par le contact de ses poumons ulcérés, le malheureux phthisique.

Et ce n'est pas seulement lui qui le souille cet air, mais l'épouse ou la garde qui le veille; mais la veilleuse de la table de nuit; mais la lampe et le feu du foyer; mais plus encore les

odeurs vireuses de l'opium ou affadissantes des tisanes attiédies, et les émanations fétides des sueurs, des crachats, des déjections alvines. L'ensemble est odieusement repoussant.

Ainsi à celui dont la surface d'hématose amoindrie réclame impérieusement l'air le plus réparateur sous le moindre volume, on fournit de l'air de moins en moins riche en oxygène; à celui dont le poumon malade exigerait au moins l'ingestion d'un air intact, on donne de l'air offensif par son impureté même. Le bon sens indiquerait cependant qu'il faut au poumon malade ce qu'on doit à l'estomac lésé: au dyspeptique, les aliments de choix, les plus nourrissants et les plus digestifs; au tuberculeux, un air également de choix, le plus hématosant comme le plus pur.

Bennet l'a bien compris, quand il conseille à ses tuberculeux à Menton "de vivre nuit et jour dans une atmosphère maintenue constamment pure par un courant d'air qui traverse la chambre en allant d'une fenêtre plus ou moins largement ouverte à la cheminée, également ouverte, ou bien si le temps ne permet pas d'ouvrir la fenêtre, c'est de la porte débouchant sur un escalier bien ventilé qu'arrive l'air renouvelé." Et il fait cela à ses phthisiques de tous les degrés, et ces phthisiques ne s'en trouvent pas pis, au contraire.

Comme complément de leur aération insuffisante, aux tuberculeux forcés de rester l'hiver chez eux, je n'hésite pas à conseiller les inhalations d'oxygène; 10, 20 et 30 litres par jour. Ces inhalations n'ont pas seulement pour effet d'augmenter l'hématose, elles excitent l'appétit et réalisent ainsi un double bienfait. C'est un résultat à peu près semblable qu'on obtient avec l'appareil de Waldenburg, à l'aide duquel on peut à domicile respirer de l'air comprimé. Il y a là de la gymnastique pulmonaire, un dépli-ssement plus complet des vésicules, et l'introduction d'un air plus dense et plus riche dans ces vésicules. Deux à trois séances par jour, de quinze à trente minutes de durée, sont véritablement salutaires. Je n'attache d'ailleurs aucune idée curative à cet appareil, qui n'est, dans l'espèce, qu'un bon auxiliaire hygiénique, une façon de faire respirer davantage et mieux des poumons qui respirent mal et insuffisamment.

Après l'aération au logis, la température: la chose est loin d'être indifférente; il ne faut pas qu'elle soit trop élevée; il suffit qu'elle le soit assez; trop élevée, elle n'a pas seulement l'inconvénient de déprimer l'organisme, elle met surtout et habituellement la peau dans de telles conditions qu'elle ne sait plus résister au froid extérieur dès qu'elle y est momentanément exposée. Une température uniforme de 15 à 16 degrés

centigrades est très-suffisante dans l'ensemble des pièces où doit se mouvoir le tuberculeux. Pour arriver à ce résultat, on se sert, dans les grandes maisons, de poêles ou de calorifères: il faut absolument proscrire les poêles de fonte et surtout les calorifères à air chaud; les poêles de fonte dessèchent l'air et brûlent au contact les particules organiques qui y voltigent; mais ce sont surtout les calorifères à air chaud qui ont cet inconvénient: ils vomissent dans l'atmosphère des appartements des torrents d'air dont ils ont calciné, rôti les poussières organiques animales et végétales, et nous font ainsi respirer des cadavres microscopiques incinérés, ce dont nous avertissent nos organes, aussi bien nos voies aériennes, qui sont spécialement affectées par la sécheresse de cet air, que nos organes olfactifs, qui sont offensés de son odeur, et nous disent que cet air est mauvais. Malheur à qui méconnaît ces sensations tutélaires! Si le calorifère est nécessaire, il faut que ce soit un calorifère à vapeur d'eau: l'air s'échauffe sans s'y calciner au contact de la vapeur qui circule dans les tuyaux, et reste ainsi très-respirable.

Quant au chauffage direct, il doit se faire au bois et dans des cheminées largement béantes. Pas de coke ni de houille, qui rayonnent de trop grandes masses de calorique à la fois et dessèchent l'air parfois en l'infectant, surtout la houille, par la production de vapeurs hydro-sulfureuses, ou par son âcre fumée. Au contraire, le bois dans sa combustion dégage toujours une certaine quantité de vapeur d'eau qui dessèche l'air d'autant moins. Si l'on est obligé de se servir de coke ou de houille; pas de corbeille et surtout pas de ces hermétiques cheminées dites "américaines", où la presque totalité du combustible est utilisée: l'économie est ici réalisée au grand préjudice de la santé, l'ingénieur faisant échec à l'hygiéniste; leur but est d'ailleurs essentiellement différent: celui du premier est d'obtenir du combustible la plus grande somme possible de calorique, sans préoccupation de ce qui pourra en résulter pour l'air et la santé; le but du second doit être d'échauffer l'atmosphère et de la *ventiler* à la fois. Et c'est ce qu'on obtient avec les vastes cheminées, qui laissent perdre une grande quantité de calorique, mais établissent avec l'air extérieur une large et bienfaisante communication.

Le chauffage par les cheminées au gaz est tout aussi malfaisant que par les cheminées américaines, en raison de l'absence complète de toute ventilation, et plus malsain encore par suite des émanations possibles de gaz hydrogène carboné.

Le tuberculeux doit être bien couvert en se gardant de l'être trop, surtout par des vêtements trop lourds et qui l'écrasent.

D'abord un gilet de flanelle légère et à demi-manches l'été; par dessus, un second gilet de la même flanelle et à manches longues l'hiver. Je dis "à demi-manches" et non pas "sans manches" l'été: rien n'est, en effet, plus illogique, étant donnée la nécessité du gilet de flanelle, que la suppression de la manche, laquelle laisse ainsi l'épaule découverte; or, c'est précisément l'épaule qui est exposée aux "coups de froid", c'est elle qui s'offre la première à l'action du courant d'air d'une glace de voiture, ou d'une fenêtre, ou d'une porte entr'ouverte, et c'est ainsi par elle que l'on "s'enrhume" le plus souvent. Je dis encore "un second gilet pardessus le premier", non pas un gilet de flanelle plus épaisse, ni surtout un gilet ouaté. La couche d'air interposée entre les deux tissus est plus chaude et plus légère que le plus fin duvet, l'air étant un des plus mauvais conducteurs du calorique, et le duvet, comme la laine, n'emmagasinant le calorique que par l'air interposé entre leurs fibrilles. Que le tuberculeux porte donc des vêtements ouatés d'air, c'est-à-dire des vêtements superposés en nombre proportionné à l'abaissement de la température et dont il peut se dépouiller successivement à mesure que la température s'adoucit.—*Bulletin génér. de thér. méd. et chir.—A continuer.*

—

Les nouvelles doctrines professées au Collége de France sur les principales actions des centres nerveux.—M. Brown-Séquard vient de publier, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, la leçon d'ouverture de son cours de médecine au Collége de France. N'ayant pu assister à la leçon, nous attendions cette publication pour faire connaître à nos lecteurs ce qu'on peut appeler la profession de foi scientifique du successeur de Claude Bernard.

Magendie et Claude Bernard avaient tracé une voie dans laquelle les professeurs du Collége de France, en élisant un physiologiste, dans la pure acception de la méthode expérimentale, de préférence à un physiologiste doublé d'un clinicien, espéraient sans doute voir s'engager leur nouveau collègue. Mais, dès ses premières paroles, M. Brown-Séquard rompt avec la tradition de ses deux illustres devanciers; marcher péniblement à la découverte de nouveaux faits et partant de vérités nouvelles, lui paraît une méthode un peu lente; il aime mieux professer *ex cathedrâ* des doctrines au sujet desquelles son siége est déjà fait.

"L'homme éminent auquel j'ai l'honneur de succéder, dit-il, a eu dans presque toutes les leçons qu'il a faites ici, le mérite

et l'avantage de présenter à ses auditeurs, des faits nouveaux, souvent très-importants et tels qu'il pouvait aisément les reproduire et les faire constater par tous ceux qui assistaient à ses cours. J'ai le malheur d'être placé dans de tout autres conditions; non-seulement j'aurai moins de nouveaux faits expérimentaux à vous signaler, mais encore nombre de ceux que j'ai à vous faire connaître appartiennent à une catégorie de phénomènes physiologiques ou morbides que l'on n'est jamais sûr de pouvoir reproduire à volonté. Différant encore, à d'autres égards, de mes deux prédécesseurs immédiats, Magendie et Claude Bernard, qui s'occupaient surtout, dans leurs leçons, ici, de faits simples, aisément explicables et acceptables, j'ai à vous exposer non-seulement des faits complexes, mais surtout des doctrines nouvelles qui sont en contradiction formelle avec celles qui ont cours sur les principales actions normales ou morbides des centres nerveux. Je m'impose la lourde tâche de démontrer presque tous ce que vous avez appris, soit dans les cours que vous avez suivis, soit dans les livres exposant l'état actuel de la science, sur les doctrines relatives à ces actions, doit être rejeté comme absolument faux, et j'aurai, après avoir ainsi fait table rase, à essayer d'édifier des doctrines entièrement nouvelles."

On le voit, M. Brown-Séquard se pose carrément en novateur. Il faut oublier ce que les maîtres ont enseigné avant lui; il faut brûler les livres qui sont l'expression écrite de cet enseignement et contiennent les vérités traditionnelles admises jusqu'aujourd'hui; il faut rompre, en un mot, avec le passé et tourner les yeux vers la lumière que lui, M. Brown-Séquard, nous apporte. Certes, on ne saurait être plus franchement hardi; mais hardiesse n'équivaut pas à présomption, et il y a lieu de penser que, dans la suite de ses cours, le nouveau professeur saura fournir toutes les démonstrations qu'il promet, et justifiera ainsi l'œuvre de démolition par laquelle il inaugure son enseignement. En attendant, on doit se garder de porter un jugement quelconque, qui serait prématuré. Nous nous bornerons donc, pour donner à nos lecteurs une idée de son programme, à reproduire, sans les discuter les théories nouvelles qu'il propose de substituer aux anciennes, et qu'il formule lui-même dans les propositions suivantes:

" 1° Chaque moitié de l'encéphale peut se développer de façon à remplir pour les deux moitiés du corps toutes les fonctions (mouvements volontaires, perception des impressions sensitives et sensoriales, actions vaso-motrices, etc.), que l'on sait appartenir aux cellules nerveuses de toutes les parties du grand centre intra-crânien. Cependant, il est probable que chez nom-

bre d'individus, par suite de développement d'exercice insuffisant, une seule moitié possède plus ou moins exclusivement certaines fonctions.

" 2° Les entre-croisements que l'anatomie démontre dans l'axe cérébro-rachidien se composent évidemment, en partie au moins, de fibres nerveuses servant aux mouvements volontaires et aux impressions sensitives ou sensoriales. Ces entre-croisements sont sans doute utiles pour rendre les communications faciles entre les deux moitiés de l'encéphale et du corps, mais ils ne sont pas essentiels, parce que chacune de ces moitiés est en rapport avec les deux côtés du corps par des conducteurs directs aussi bien que par des conducteurs entre-croisés.

" 3° Les entre-croisements, pour les conducteurs servant aux mouvements volontaires ainsi que pour ceux qui transmettent les impressions sensitives, existent dans toute la longueur de l'axe cérébro-spinal et non, comme on l'a soutenu, pour les uns au bulbe ou au mésocéphale, pour les autres surtout dans la moelle épinière.

4° Un nombre de fibres extrêmement petit peut suffire pour la continuation des transmissions motrices, sensitives ou sensoriales entre les cellules de l'encéphale et celle de la moelle épinière et des organes des sens, ce qui conduit à faire admettre un mécanisme tout autre que celui de la théorie bien connue du *clavier nerveux*, mécanisme impliquant l'existence dans les cellules nerveuses de la moelle épinière et des organes des sens, de fonctions d'un ordre bien plus élevée que celui qu'on suppose.

" 5° Les cellules nerveuses de l'encéphale formant les centres doués d'une fonction spéciale quelconque, loin de former un groupe ou une agglomération dans une partie distincte et bien délimitée, sont au contraire disséminées, de telle manière que chaque fonction a des éléments pour son exercice dans des parties très-variées de l'encéphale. Les localisations de fonction existent donc, mais dans des cellules éparpillées et ne formant pas, comme on le croit, des agrégats distincts soit dans les circonvolutions, soit ailleurs. Néanmoins, les faits rendent extrêmements probable la notion que les cellules servant à certaines fonctions se trouvent surtout dans certaines parties. Ainsi, par exemple, les cellules qui servent à l'exercice des facultés intellectuelles et morales sont surtout dans les circonvolutions ; les cellules qui constituent les centres percepteurs des impressions sensoriales sont surtout les unes à la base des hémisphères cérébraux, et les autres dans les parties formant l'isthme encéphalique ; les cellules servant au maintien ou au rétablissement d'une attitude normale sont surtout dans le mésocéphale ; les

cellules formant le centre respiratoire sont surtout à la base de l'encéphale et dans la partie cervicale de la moelle épinière, etc.

" 6° Il existe partout dans l'encéphale, mais surtout dans le cervelet, des cellules qui ne semblent posséder d'autre fonction que celle de produire la force nerveuse.

7° Les lésions de l'encéphale, en outre de perturbations très-variées, produisent surtout deux groupes de symptômes essentiellement caractérisés, l'un par la mise en jeu d'une propriété ou la manifestation d'une fonction, l'autre par la perte d'une propriété ou d'une fonction; mais les lésions productrices de l'un ou de l'autre de ces deux groupes d'effets n'agissent que par l'intermédiaire de l'irritation qu'elles causent dans les parties où elles se trouvent ou dans celles d'alentour, irritation qui, se propageant à distance, exerce son influence soit en mettant en jeu, soit en arrêtant, ainsi que je l'ai déjà dit, l'activité des cellules nerveuses douées de la propriété ou de la fonction qui est alors modifiée ou suspendue.

" 8° Dans les cas de lésion encéphalique, de même que dans les cas d'irritation d'une muqueuse ou d'une autre partie périphérique, la paralysie, l'anesthésie, l'amaurose, l'amnésie, l'aphasie, la perte des diverses facultés intellectuelles, la perte de connaissance, et toutes les autres cessations de fonction de l'encéphale, ne sont que des effets d'inhibition de l'activité des cellules douées de la fonction qui s'arrête.

" 9° Dans les cas de lésion encéphalique, de même que dans les cas dirritation d'une muqueuse ou d'une autre partie périphérique, les symptômes montrant une activité morbide de cellules nerveuses, tels que le délire, les convulsions et autres contractions musculaires involontaires, etc., se produisent non comme conséquence tout simplement d'une action morbide de la partie lésée, mais aussi et surtout comme effet d'une influence que l'irritation première exerce à distance sur les cellules nerveuses encéphaliques douées de la propriété ou de la fonction mise en activité morbide.

" 10° Les variétés presque infinies de manifestations morbides qu'une lésion encéphalique peut produire, s'expliquent par les variétés, presque infinies aussi, d'excitabilité dans les diverses parties du système nerveux, chez les différents individus ou chez le même dans des temps différents."—*Gazette de Paris.*

Dr F. DE RANSE.

—

Guérison de la pleurésie par la ponction aspiratrice simple.—M. FONSON consacre sa thèse à l'étude de cette question, en la limitant absolument à ce qui se passe chez

l'enfant. Il rapporte dix-neuf observations dont huit sont inédites, dans lesquelles une ponction seule ou des ponctions successives ont suffi pour amener la guérison de pleurésies purulentes chez des enfants. En analysant tous ces faits on voit que, au-dessous de cinq ans, les guérisons obtenues par cette méthode sont plus nombreuses qu'au-delà du même âge. Dans près de la moitié des cas une ou deux ponctions seulement ont été nécessaires. Il en a fallu six, sept, huit, ou dix dans plusieurs cas. Enfin on en a fait dix huit, trente-trois et cent vingt-deux dans trois cas dont les observations sont dues a M. Bouchut. Dans ce dernier cas on faisait des ponctions tous les trois ou quatre jours ; aucune ne devient fistuleuse.

Pour expliquer la différence si notable qui existe entre les enfants et les adultes eu égard à ce mode de guérison de la pleurésie purulente, il suffit de se rappeler l'extrême élasticité des parois costales qui, après la ponction comme après l'empyème, permet aux parties de se rapprocher ; de sorte que les surfaces en contact bourgeonnent, des adhérences s'établissent entre elles, la cicatrisation qui n'est autre que la guérison, est ainsi effectuée. De plus, l'observation démontre que dans le cours de la pleurésie purulente, le poumon, chez l'enfant, est peu altérée, conserve toute son élasticité et reprend rapidement ses fonctions après l'évacuation du pus. Chez l'adulte, au contraire, les parois thoraciques trop rigides n'ont que fort peu de tendance au rapprochement et de plus les poumons sont souvent enveloppés de fausses membranes cartilagineuses qui empêchant sa dilatation ; aussi la ponction comme l'empyème a-t- des résultats infiniment moins bons.

La ponction doit être faite avec l'appareil Potain et en employant le troquart le plus fin qui puisse laisser passer un pus assez épais. Mais sur quoi se baser, alors qu'une première ponction aura été faite, pour en faire de nouvelles ? Le retour de la gêne respiratoire, les accès de fièvre, la recrudescence du mauvais état général ne sont pas des signes suffisants à ce sens surtout qu'il peuvent faire attendre trop longtemps. Aussi faut-il s'appuyer pour cela sur la marche de la température.

Une des observations de M. Fonson en est bien la preuve : on y voit après chaque ponction un abaissemement notable du degré thermique, se maintenant plus ou moins longtemps, suivant que le liquide se reproduit avec plus ou moins de facilité ; quand l'épanchement se reproduit, la température arrive le plus souvent par des ascensions successives au degré de 39o, 39°,45 ou 40°. Cette ascension thermométrique ne pouvant être expliquée par aucune complication viscérale, a pu

être considérée comme un signe certain de la réproduction du pus dans la plèvre, et la ponction répétée sept fois d'après cette seule indication n'a jamais été frustre.

La méthode des aspirations successives est applicable tant que le pus de la plèvre ne sera pas fétide, ne sera pas mélangé de gaz dus à une décomposition putride ou venus du dehors. Les circonstances contraires devraient faire renoncer à cette opération si simple, dont l'insuffisance n'est alors plus discutable. Il faut dans ce cas recourir soit au drainage, soit à l'empyème. Alors même que le pus retiré de la plèvre n'a aucune fétidité, si l'on voit après la ponction la température ne point s'abaisser, l'enfant rester languissant, ne pas recouvrer son appétit et demeurer sous le joug d'un état hectique imputable à la seule présence du pus dans la plèvre, il sera urgent de recourir de bonne heure à une opération et surtout à l'empyème. M. Fonson cite encore un fait dû à M. Moizard et observe dans le service de M. Bergeron, fait dans lequel quinze ponctions successives donnnèrent toutes écoulement à un pus sans odeur; mais à la suite de la quinzième ponction, la température ne s'étant pas abaissée, l'enfant languissant, ayant un peu de diarrhée, une anorexie complète, on se décida à pratiquer l'empyème. A partir de ce jour l'enfant alla mieux, il engraissa rapidement et cinq mois après l'opération il était complètement guéri sans persistance de la fistule thoracique. (*J. de Méd. et de Chir. prat.*)—*Revue de Thérapeutique médico chirurgicale.*

—

Epilepsie et bromure de potassium.—Le professeur Roberto (Adriani), étudiant le traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium, conclut ce qui suit.

On peut donner pendant longtemps ce médicament, même à doses élevées et jusqu'à 30 grammes, à la condition qu'il soit bien pur et qu'il trouve ouvertes ses voies normales d'élimination, les reins.

Les accidents qui pouvant résulter de l'emploi prolongé, à haute dose, du bromure de potassium, sont l'*acné*, bénigne le plus souvent; la *stomatite* avec haleine fétide; le *catarrhe bronchique;* l'*ataxie* ou l'*asynergie* musculaire. Il est facile du reste d'éviter ces accidents.

Le catarrhe des bronches résulte moins des doses massives que l'insuffisance de l'élimination par les reins.

L'ataxie peut être le fait de l'épilepsie et ne dérive pas à coup sûr de l'administration trop large du médicament.

La faiblesse nerveuse ou musculaire, caractérisée par l'hébé-

tude, l'apathie, l'étourdissement, la titubation, devrait être attribuée au bromate de potasse plutôt qu'au bromure de potassium, car ce sont là les effets habituels de ce sel chez le chien, effets qui peuvent se reproduire chez l'homme.

Le bromure de potassium manifeste sa puissance curative dans tous les cas d'épilepsie, à la condition toutefois d'élever graduellement ses doses lorsqu'elles paraissent insuffisantes et de les pousser même jusqu'à 30 grammes par jour.

Cette puissance curative est surtout réelle contre l'attaque convulsive; mais elle a moins de valeur dans les manifestations protéiformes de l'épilepsie.

On doit, pour obtenir des effets durables, poursuivre l'administration du bromure de potassium *pendant des années.*

Ce médicament ne triomphe bien attendu que des épilepsies idiopathiques. Toutefois il rend des services réels en modérant les attaques, même alors que le névrose a déjà produit des altérations organiques ou bien qu'elle résulte de lésions du système nerveux cérébro-spinal. Il empêche encore les lésions de s'accentuer.

Chez l'épileptique et aussi chez l'aliéné, le bromcre peut arrêter la dégradation morale ou intellectuelle et retarder le moment de la démence. (*Gaz. delle cliniche, et Bordeaux méd.*) —*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Effets toxiques de la santonine.—M. Labbé donne dans le *Journal de thérapeutique* du 25 novembre une série d'observations qui sont de nature à éveiller l'attention sur les dangers de la santonine.

L'auteur attribue les accidents observés à la suite de l'administration de ce médicament à l'action dépressive qu'il exerce sur le système nerveux central, et plus spécialement sur l'isthme de l'encéphale. Il signale comme un des premiers symptômes un état de malaise indéfinissable, de l'agitation, un sentiment de terreur, de la céphalalgie frontale, de l'insomnie, de l'inaptitude à tout travail intellectuel ou physique, de la stupeur, puis des convulsions épileptiformes, des grincements de dents, parfois de l'opisthotonos, et enfin un coma profond avec résolution musculaire, et perte de connaissance complète.

Du côté des voies digestives, on trouve des crampes d'estomac, des douleurs abdominales violentes, des nausées, des vomissements, de la diarrhé; du côté des voies urinaires, de la dysurie, de l'ischurie, de l'hématurie, et dans la période du coma, l'émission involontaire et inconsciente des urines.

Celles-ci sont colorées en jaune orangé et présentent, d'après Schmidt, les réactions de l'urine bilieuse; il semble qu'il y ait sous l'influence de la santonine suppression des fonctions du foie et rétention dans le sang des éléments biliaires, comme dans le cas de l'atrophie jaune aiguë du foie.

La respiration est habituellement embarrassée, stertoreuse, difficile. Le pouls est ralenti, et enfin on observe un abaissement notable de la température.

La vision est troublée d'une façon à peu près constante; les pupilles sont dilatées, insensibles à la lumière, parfois on signale une amaurose passagère, mais le symptôme le plus ordinaire, c'est une dyschromatopsie spéciale qui fait voir les objets colorés en jaune, en rouge orangé, ou en vert.

Pour produire tous ces accidents, il n'est pas toujours besoin de doses bien fortes. Dans une observation publiée par Binz en 1877, nous les voyons survenir chez un enfant de 25 mois à la suite de l'administration de 5 centigrammes de santonine, et chez ce petit malade la résolution musculaire consécutive aux convulsions fut telle qu'on fut obligé de pratiquer la respiration artificielle.

L'absorption de la santonine ne se fait pas très-rapidement. L'alcalinité des sucs gastrique et intestinal rend difficile et lente sa dissolution et par suite sa pénétration dans le sang. Aussi les accidents d'intoxication ne se développent-ils souvent que très-tardivement. Chez le malade de Binz, ils ne commencèrent qu'au bout de 10 heures, et n'arrivèrent à leur apogée qu'à la quinzième heure.

De ce fait résulte l'indication de recourir dans tous les empoisonnements par la santonine à l'administration des purgatifs qui, malgré l'éloignement du moment où a été donné le vermifuge, ont toujours la chance d'en trouver une proportion encore notable dans les voies digestives.

Lorsque la santonine a pénétré dans la circulation, sa voie d'élimination est du côté des reins. De là une autre indication dans ce genre d'empoisonnement, le retour aux diurétiques.—*Journal de thérapeutique*, 25 novembre 1878.—*Lyon médical.*

—

Sur l'altérabilité du calomel et sur les précautions à prendre pour son emploi en thérapeutique.—Mialhe et Laroque ont montré que le calomel pouvait donner naissance, dans l'organisme, à du bichlorure de mercure, sous l'influence des chlorures alcalins de l'économie. Polk a récemment signalé ce fait, que des phénomènes d'intoxication pou-

vaient survenir après l'administration d'un mélange anciennement préparé de calomel et de sucre, ou de calomel et de magnésie. M. Jolly a repris toutes ces questions si importantes en thérapeutique, et il est arrivé aux conclusions suivantes: les alcalis et leurs carbonates, les bases terreuses transforment avec plus ou moins d'activité le calomel en sublimé corrosif; le sucre blanc et raffiné n'exerce aucune action sur le sel mercuriel; comme les sucres bruts sont souvent acides (sucres des colonies) ou alcalins (sucres de betteraves) à cause de la petite quantité d'hydrate de chaux qu'ils renferment; c'est donc aux impuretés du sucre et à l'action de celles-ci sur le calomel qu'il faut imputer les phénomènes d'intoxication observés par Polk.

La conclusion pratique du travail intéressant de M. Jolly, c'est que, lorsqu'on emploie le calomel à l'interieur, il faut éviter d'associer ce sel aux acides, aux alcalis, aux chlorures et au sucre brut.—*Gaz. méd. de Paris*, 9 nov. 1878.—*Lyon médical.*

—

Note sur l'emploi de l'écorce de tige de grenadier contre le tænia inerme.—Il ressort des expériences comparatives faites par M. le docteur Bérenger-Féraud, à l'hôpital Saint-Mandrier, les conclusions suivantes.

1° Le grenadier a donné à Saint-Mandrier des résultats plus heureux que les autres tænifuges;

2° L'écorce fraîche a paru préférable à l'écorce sèche;

3° L'écorce de tige a donné des meilleurs résultats que l'écorce de racine;

4° L'écorce de tige provenant d'une branche saine prise sur un arbre vigoureux est beaucoup plus active que l'écorce de tige d'un arbre souffreteux.

Le médecin de l'hôpital Saint-Mandrier emploie 60 grammes d'écorce de tige de grenadier qu'il fait bouillir dans 750 gr. d'eau jusqu'à réduction à 500 grammes.—*Bulletin de thérapeutique*, 15 novembre 1878.—*Lyon Médical.*

—

Injections hypodermiques de pilocarpine dans trois cas d'urémie.—Ces trois observations où l'injection a donné d'heureux résultats appartiennent au docteur Goltammer (de Berlin). Dans la première, il s'agissait d'un homme de 29 ans, atteint de néphrite chronique depuis près d'une année et apporté à l'hôpital de Béthanie le 3 février 1878. L'urémie se traduisait chez lui par de violentes crises éclamp-

tiques. Le docteur Goltammer lui fit, à un quart d'heure d'intervalle, deux injections sous-cutanées de deux centigrammes de pilocarpine chacune. Des sueurs profuses en furent la conséquence; elles débutèrent quatre minutes après la première injection, et depuis ce moment il n'y eut plus de nouvelle crise. Le malade mourut sept mois plus tard de phthisie pulmonaire sans avoir présenté de nouveaux accidents d'urémie.

La deuxième observation a trait à une jeune femme de 25 ans, arrivée a cinq mois de grossesse et frappée d'éclampsie. Lorsqu'on l'apporta à l'hôpital, elle était dans le coma et il y avait deux jours que les crises se répétaient à intervalles rapprochés. Une anasarque généralisée et l'état albimieux des urines ne laissaient aucun doute sur la cause première de l'éclampsie. Deux injections de pilocarpine lui furent faites à vingt minutes de distance, et là encore une abondante transpiration qui commença cinq minutes après la première injection vint mettre fin aux accidents éclhamptiques. L'avortement survint trois semaines plus tard.

La troisième observation concerne une fille de 22 ans, atteinte de néphrite albumineuse consécutive à la scarlatine. Au quatorzième jour de son séjour à l'hôpital, elle fut prise pendant la visite deux crises éclamptiques qui se succédèrent à court intervalle. Deux injections de deux centigrammes furent pratiquées en vingt minutes et amenèrent, comme chez les deux autres malades, une diaphorèse abondante qui mit fin aux crises. L'œdème persistant, on continua à pratiqner tous les jours une injection de deux centigrammes, et, grâce à ce traitement, on obtint en six semaines une guérison complète. (*Medical Wochenschrift*, 1878, nº 49, et *Pester medizinishch chirurgisch presse.—Lyon médical.*

—

La tuberculose considérée comme une maladie infectieuse, par le Dr Reich (*In Berlin. Klin. Wochenschrift*, nº 37, 16 sept. 1878).—Dans son intéressant mémoire, le docteur Reich rapporte des faits très-curieux destinés à apporter un nouvel appui à l'opinion qui tend à se répandre dans la science médicale sur le caractère infectieux de la tuberculose. La ville de Neuenburg possédait deux sages-femmes, dont l'une était tuberculeuse, (phthisie pulmonaire confirmée, cavernes et crachats purulents), l'autre était bien portante. Or, du 11 juillet 1875 au 20 septembre 1875, moururent dans cette ville, du méningite tuberculeuse, dix enfants, nés 4 avril 1875 au mai 1876. Ces dix enfants ne présentaient aucune prédis-

position héréditaire à la tuberculeuse et tous les dix avaient été mis au monde par la sage-femme atteinte de phthisie ; des enfants mis au monde par la sage-femme saine, aucun n'avait succombé à une affection tuberculeuse. La sage-femme malade avait l'habitude d'éloigner par la succion, pratiquée de bouche à bouche, les mucosités qui embarrassent les premières voies dus nouveaux-nés, et d'insuffler, également de bouche à bouche, de l'air dans les poumons des enfants qui naissaient dans un état légèrement asphyxique. Dans les trois cas observés par l'auteur lui-même, l'affection avait débuté par de la bronchite. Il ajoute encore cette remarque que la méningite tuberculeuse n'était pas endémique à Neuenburg. Malheureusement il n'y eut point d'autopsie, et on ne put suivre les étapes parcourues par le virus pendant la période d'incubation, qui fut généralement de trois mois depuis son introduction supposée dans les voies respiratoires jusqu'au moment de l'envahissement des méninges. Reich conclut de ces observations que la tuberculose est transmissible et propose de faire des expériences d'inoculation ou d'inhalation dans les conditions suivantes : 1° choisir des animaux nouveaux-nés ou très jeunes ; 2° les soumettre à quelques inhalations énergiques du virus tuberculeux, les bien nourrir et attendre les premières manifestations de la tuberculose ; 3° prendre pour les expériences du pus frais recueilli dans les cavernes, si l'inhalation bouche à bouche est impossible.—Dr H.—*Revue d'Hygiène et de Police sanitaire.*

—

Importance des données thermométriques au point de vue du diagnostic du cancer de l'estomac. —A propos des affections abdominales, M. Peter relève un fait de thermométrie clinique.

Le médecin croit avoir affaire à une maladie de l'estomac ; il ne trouve pas la preuve matérielle de l'existence d'un cancer, mais il en a l'intuition. Dans ce cas, l'applicatian du thermomètre a une réelle importance.

Appelé en consultation par notre très distingué confrère, M. Leudet (de Rouen), pour un homme de 52 ans qui paraissait atteint dans ses œuvres vives, la percussion pratiquée en dédolant indiquait certains points de matité.

C'est dans ces conditions que M. Peter eut recours à l'application thermométrique pour éclairer les obscurités du diagnostic.

Au creux épigastrique, le termomètre marquait 37° 5 (on sait que la température normale de l'épigastre, chez l'individu

sain, est de 35° 5). Dans les dyspepsies non douloureuses, atoniques, la température reste invariable. Cette notion suffit à l'éminent professeur pour poser le diagnostic : cancer de l'estomac.

Il résulte en effet, de ses recherches que la température au niveau d'une lésion cancéreuse s'élève à 1°, 1° 5 au-dessus de la normale. Il n'y a pas dans ce cas phlegmasie, mais irritation. Le fait lui parait significatif. Dans la gastralgie simple, il peut y avoir élévation de la température, mais elle est éphémère et ne dure que le temps de la douleur. C'est un fait intéressant, parce qu'il fait comprendre que, même dans le cancer, un cautère à l'épigastre, appliqué d'une façon opportune, peut faire cesser l'hypérémie sans parler des imposantes déductions diagnostiques que l'on peut tirer de ce moyen. (*Soc. clin. de Paris.*)—*Revue de Thérapeutique méd.-chirurgicale.*

—

L'iodoforme en Thérapeutique.—Le professeur MOLESCHOTT, de Turin, au dire du *Nedeplandsche tydschrift voor geneeskude*, place cet agent avec un véritable enthousiasme. Il le considère comme le meilleur résolutif connu dans tous les cas d'engorgement ou d'infiltration ganglionnaire chronique. Dans la proportion de 1 partie d'iodoforme pour 15 parties de graisse ou de collodion élastique, il en obtint les effets les plus surprenants. Dans un cas de leucémie avec splénocèle, des frictions locales répétées pendant longtemps, une à deux fois par jour, aidèrent à la résolution de la rate. Les orchites traitées de cette manière sont amenées à résolution au bout de cinq à huit jours. Dans trois cas désespérés d'hydrocéphale aiguë, Moleschott croit devoir attribuer la guérison survenue aux frictions, à l'aide du collodion iodoformé, de la nuque, de l'apophyse mastoïde, de la région temporale et du front.

On obtient encore, d'après lui, d'excellents résultats de ses frictions à l'iodoforme dans les èpanchements de la plèvre, du péricarde, du péritoine, des séreuses articulaires (surtout dans les rhumatismes aigus) ; à tel point que dans l'ascite, par exemple, le professeur de Turin ne se résout à la parenthèse qu'après avoir dûment insisté sur son moyen favori.

" Antiphlogistique, résolutif, fondant, favorisant les résorptions et calmant la douleur dans tous les cas, depuis la névrite jusqu'a la méningite tuberculeuse, depuis les engorgements des vaisseaux lymphatiques jusqu'aux épanchements séreux, depuis les accès de goutte jusqu'à l'hygroma, l'iodoforme embrasse un champ d'action aussi vaste que la quinine et l'eau

froide, et serait vraiment un remède miraculeux—ainsi parle Moleschott – s'il n'avait aussi ses inconvénients."

Parmi ceux-ci, il faut citer son odeur désagréable et pénétrante pour l'usage externe, les dérangements d'estomac provoqués par son usage interne. Pour cet usage, Moleschott indique la dose de 10 à 20 centigrammes en pilules, comme succédané de la digitale; et dit en avoir obtenu des effets là où ce dernier médicament était resté inactif.

Pour l'usage externe, il recommande de recouvrir les parties frictionnées à l'aide de papier gutta-percha et de tenir le remède à l'abri de la lumière, afin d'en empêcher autant que possible la décomposition.

L'action de l'iodoforme ne saurait être comparée ni à celle de l'iodure de potassium ni à celle de l'iode libre. "Je lui prédis, ainsi finit le professeur de Turin, un grand avenir." (*Arch. méd. belges*).—*Revue de Thérapeutique médico-chirurg.*

—

Emploi des hautes doses de suc de citron dans le rhumatisme articulaire. — Le Dr CHANDLER appelle de nouveau l'attention de ses confrères sur ce mode de traitement déjà ancien, dont il n'a qu'à se louer. Sans beaucoup se préoccuper de l'état de l'intestin, il prescrit pour commencer 10 onces de jus de citron, et augmente successivement jusqu'a 18 ou 24 par jour. On donne au patient une demi-once ou une once et plus chaque heure de ce liquide étendu deux ou trois fois d'eau froide et sucrée suivant le goût du sujet. Le deuxième jour on note déjà une amélioration marquée; le rhumatisme aigu cède généralement le 4e ou 5e jour du traitement.

D'ordinaire H. Chandler ajoute à ces prescriptions 0,06 centigrammes d'opium, avec ou sans plomb et tannin, matin et soir, de façon à prévenir la diarrhée qu'entraîne l'usage du jus de citron.

Voici les faits observés : diminution rapide du gonflement des jointures et des sueurs; chute profonde du pouls qui se ralentit souvent beaucoup, au point qu'on voit se produire une légère tendance à la syncope. Dans la majorité des cas l'auteur fait prendre de la quinine le 6e jour et prescrit l'alimentation. (*Canada Lancet, et J. de thérap.*)—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Traitement de la trichinose par l'extrait d'ergot.—ROHDE, dans un cas de trichinose où le sujet avait une épitaxie inquiétante, administra comme styptique l'extrait d'ergot. L'hémorrhagie s'arrêta immédiatement, et bientôt on nota une amélioration générale manifeste. Ce succès conduisit l'auteur à prescrire l'ergot dans d'autres cas de trichinose, et le résultat fut également satisfaisant. Rohde pense que l'ergot, inoffensif pour l'organisme humain, peut être fatal pour les trichines et leur progéniture. (*Berliner klin. Wochenschrift*).—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Thérapeutique infantile.—Nous lisons le bulletin thérapeutique de la *Gazette obstétricale :*

Le docteur LA VIEILLE a étudié, dans le service du docteur Archambault, laction du salicylate de soude chez les enfants atteints de rhumatisme. Il a observé les bons effets de cette médication, qui est toujours supportée et ne produit pas chez l'enfant de troubles sensoriels ; on commence par 2 grammes purs et on va jusqu'à la dose de 6 grammes, dose qui ne doit pas être dépassée. Voici d'ailleurs les conclusions du docteur La Vieille :

Le salicylate de soude est le médicament qui nous semble devoir être préféré. Il fait disparaître les manifestations articulaires presque instantanément, il abaisse la température et surtout n'occasionne pas de troubles sensoriels. Pour éviter les rechutes, il est bon de continuer le salicylate pendant quelques jours, et à doses décroissantes.

Le docteur Guinaiseau, qui a observé, de son côté, dans le service de son maître le docteur Bergeron, à l'hôpital Ste. Eugénie, les effets de la médication salicylée, est arrivé aux mêmes conclusions : le salicylate ne produirait aucun troubles sensoriels, il calmerait les douleurs et abaisserait la température.—*Revue de Littérature médicale.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Quelques modes de traitement de l'hémorrhagie post partum.—Nous rapprochons à dessein, en les empruntant à l'*Union Médicale*, au *British medical*, au *Journal de thé-*

rapeutique, quelques modes de traitement de l'hémorrhagie puerpérale.

1° *Injections sous-cutanées d'ergotine contre l'hémorrhagie puerpérale.—Grose.*

R. Ergotine de Bonjean 0 gr. 30 centigr. Glycérine pure et hydrolat de roses q. s. pour dissoudre.

Pour combattre l'hémorrhagie consécutive à l'accouchement, on injecte sous la peau la solution ci-dessus, et, d'après l'auteur, l'effet est plus rapide que quand l'ergotine est administrée par la bouche. Il l'a également employée avec succès dans un cas d'hémorrhagie consécutive à un avortement.—Si la première injection sous-cutanée d'ergotine est insuffisante, on en pratique une seconde au bout d'un quart d'heure, et c'est seulement en cas d'échec de la seconde qu'on peut recourir au perchlorure de fer.

2° *Injections intra-utérines d'eau-de-vie.*

Le docteur Ricketts conseille un autre moyen d'arrêter l'hémorrhagie post-puerpérale : il injecte dans l'utérus de 30 à 60 grammes d'eau-de-vie, et s'il n'a point de seringue sous la main, il introduit une éponge mouillée d'eau-de-vie ou d'esprit de vin dilué. A l'aide de ce procédé, l'auteur a pu se rendre maître de l'hémorrhagie, et il a senti le pouls se relever, sans avoir à craindre les inconvénients qui résultent de l'introduction des stimulants dans le tube digestif. On sait en effet que ces derniers, en augmentant l'action du cœur, rappellent parfois l'hémorrhagie.

3° *Injection intra-utérine d'eau à 43°.*

Suivant le Dr Atthill, de Dublin, le moyen le plus efficace d'arrêter la perte, après l'accouchement, c'est l'injection d'un astringent tel que la solution du perchlorure de fer dans l'utérus. C'est un traitement qu'il recommande malgré ses dangers ; toutefois on n'a pas toujours à sa disposition du perchlorure de fer. En outre, l'introduction de la main dans l'utérus, qui parfois réussit bien, n'est pas inoffensive et peut échouer. Le traitement banal par le froid appliqué extérieurement ou dans la cavité utérine exige que la malade ait une vitalité suffisante pour réagir, et il est positivement nuisible quand la femme est débilitée par une affection antérieure, affaiblie par des douleurs prolongées ou bien épuisée par des pertes de sang petites, mais répétées.

D'ordinaire on peut arrêter la métrorrhagie qui suit l'expulsion de l'enfant ou celle du placenta par la compression éner-

gique, soutenue, du fond de l'utérus et l'usage du froid ; mais il est une hémorrhagie beaucoup plus inquiétante, c'est celle où l'on voit le sang s'écouler d'une façon incessante, l'utérus se relâchant ou se contractant alternativement. Le cas se présente assez souvent chez les femmes affaiblies, et alors l'application du froid est mauvaise ou inutile. Le Dr Atthill, dans une circonstance de ce genre où les moyens habituels avaient échoué, eut un succès complet en appliquant des boules d'eau chaude aux pieds et frictionnant l'utérus. Dans un autre cas analogue, il employa l'eau chaude. La canule d'une seringue avait été enfoncée dans la matrice jusqu'au fond, et le fond de l'utérus étant maintenu à l'aide de la main, il fit une injection d'eau à 11o F. (43o, 29). La matrice se contracta aussitôt, comme s'il avait fait une injection de perchlorure de fer. En très peu de temps, probablement avant même d'avoir injecté une pinte d'eau chaude (0 litre, 567), le liquide ressortit du vagin à peu près clair, le pouls se releva, de sorte que l'injection peut être arrêtée. On appliqua un bandage peu après. La malade guérit bien et rapidement.

Chez une femme ayant un corps fibreux de l'utérus qui eut une métrorrhagie grave après l'accouchement, l'injection arrêta à la fois les pertes et les douleurs.

Atthill attribue au Dr Windelband le mérite de l'idée des injections d'eau chaude, moyen sûr, efficace d'arrêter les hémorrhagies *post partum* aussi bien que celles qu'on observe après les opérations ou dans les maladies chroniques de l'utérus. La température de 110° F. (43°29) n'a pas besoin d'être absolument précise. On peut injecter de l'eau dans laquelle la main plongée ne reçoit pas d'impression désagréable. Au-dessous de 100° F., cependant, il y a moins de sécurité. Il est encore important de bien engager la canule de la seringue jusqu'au fond de la matrice, au moins assez avant dans sa cavité.

4° *Hémorrhagie utérine.—Emploi de fortes doses de térébenthine.*

J'ai accouché, dit le Dr Pollard, de Torquay, le 10 février, Mme W., âgée de 36 ans, femme grosse mais de flasques fibres musculaires. Le travail avança bien, le placenta fut extrait cinq minutes après la naissance de l'enfant. Comme à son précédent accouchement, cette dame avait eu une forte perte utérine, j'avais déjà donné préventivement une pleine dose d'ergot, et j'appuyai ma main sur le ventre pour surveiller les contractions utérines. En peu de minutes arriva une forte hémorrhagie, que ni l'ergotine, ni les injections d'eau froide, ni l'enlèvement de caillots, ni le massage de l'utérus ne parvinrent à conjurer. La matrice se contracta bien un peu, mais

se relâchait peu après, la perte continuait et la femme devenait froide et sans pouls. A ce moment, je lui donnai une demi-once de térébenthine frappée et avec un œuf : en moins de cinq minutes, je sentis la contraction de la matrice, qui devint dure, le globe se formait, l'hémorrhagie cessait, et la patiente reprit très-vite ses forces.

L'auteur dit qu'un accoucheur de grande expérience lui a assuré qu'à chaque accouchement il prend toujours avec lui de la térébenthine, et que ce remède ne l'a jamais trompé.

Le docteur J. G. Swayne, de Clifton, dit qu'il a donné ce remède depuis longtemps à la même dose, toujours avec succès, et qu'il l'a recommandé déja dans la première édition de ses *Obstetric Aphorisms*, livre publié en 1856.

M. E. J. Tilt, de Londres, dit qu'il prône le même remède à la page 238 de son livre intitulé : *Hand book of Uterine Therapeutics*, et que dix ans auparavant M. Bradley, de Martly, a recommandé une demi-once de thérébenthine avec du lait contre les hémorrhagies *post partum*.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Double ovariotomie : transfusion de lait. — Après une double ovariotomie, le professeur GAILLARD-THOMAS ayant trouvé sa malade dans le collapsus le quatrième jour de l'opération, résolut d'essayer la transfusion de lait. Il injecta 8½ onces de ce liquide, préalablement bouilli, dans une veine du bras. Une heure après, frisson ; 150 à 160 pulsations et température de 40° C. Mais bientôt ces accidents se calmèrent, la malade s'endormit. Trois semaines plus tard elle était bien. (*Med. chir. Rundschau.*)—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

—

Poudre tonique. — (J. SIMON).

Poudre de quinquina jaune.....	℥ij
Craie préparée.....	℥ij
Rhubarbe.....	℥j
Sous-carbonate de fer.....	℥j

Une pincée pendant chaque repas.

VARIÉTÉS

Le vaccin thymolisé.—Le thymol (acide thymique) qui semble présenter de réels avantages sur l'acide phénique, à titre d'antiseptique, le thymol, disons-nous, a été employé avec succès à la conservation du vaccin. Voici ce que dit à ce sujet le professeur Hermann Kohler (de Halle) dans une communication qui a trait à ses expériences et à celles du Dr Hussner son assistant.

1° Une solution de thymol (une partie de thymol pour 1000 p. d'eau) ajoutées par parties égales à du vaccin frais, prévient chez celui-ci toute décomposition sous l'influence de l'air, de l'humidité et de l'élévation de la température de l'air atmosphérique aussi sûrement qu'énergiquement; et 2° malgré sa puissance de s'opposer à la décomposition, inoculé avec la lymphe, il n'apporte cependant en aucune façon de préjudice au développement normal et heureux des pustules, qui se fait exactement dans le même temps que si l'on avait employé un vaccin humanisé non mélangé. De sorte que je fais ouvrir les vaccinales comme d'habitude, puis recueillir la lymphe qui en découle dans de petits tubes capillaires appropriés. Aussitôt on rassemble le contenu de tous les tubes sur un verre de montre (en soufflant par l'autre bout des tubes pour en faire sortir le vaccin); après quoi, autant il a été versé de tubes de vaccin, autant je fais ajouter de tubes remplis exactement à la même hauteur de la solution thymol à (1/1000). J'obtiens ainsi un vaccin thymolisé ou thymol-vaccin qui jusqu'ici n'a pas manqué dans un seul cas, bien que (comme pour le vaccin glycériné) le volume ait doublé par sa dilution dans un poids égal de solution de thymol. L'inoculation avec le thymol-vaccin n'est pas plus douloureuse que l'inoculation ordinaire avec le vaccin humanisé ou le vaccin glycériné, et pas une seule fois elle n'a occasionné d'accidents phlegmoneux. Au contraire, je n'ai observé jusqu'ici que des pustules qui ne laissaient rien à désirer comme beauté du développement, et régularité de l'évolution.

Si donc l'on est, autant que possible, convaincu, en se fondant sur de nombreuses recherches, de l'action désinfectante exercée par le thymol en solution aqueuse peu concentrée sur le vaccin comme sur les autres liquides animaux, et qu'en même temps l'inoculation du thymol-vaccin ne préjudicie en rien au développement des pustules vaccinales, il sera bon, en

particulier pendant la saison chaude, de se tenir approvisionné et de n'expédier que du vaccin humanisé mélangé de thymol dans les proportions ci-dessus indiquées qui se conserve très-bien dans de petits flocons bien bouchés comme on en trouve dans les pharmacies de famille, apparemment pendant un temps illimité, sans perdre son inoculabilité. J'ai moi-même fourni du thymol-vaccin, qui a été inoculé avec succès, à un grand nombre de médecins vaccinateurs de la province, après que j'eus entrepris une paire de douzaine de vaccinations probatoires parfaitement réussies avec de la lymphe prise sur des vaccinifères choisis, et observé ici à l'institut de vaccination, l'évolution régulière et normale de toutes les pustules produites par le thymol-vaccin, les priant de s'en servir pour leurs prochaines vaccinations et les invitant à en faire connaître les résultats dans des tableaux appropriés. (*Monit. Thérap.*)—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Recherches sur l'infection et l'immunité vaccinales par M. Maurice Raynaud.—Voici les conclusions du mémoire lu à l'Académie de médecine, par M. Maurice Raynaud :

1. *En ce qui concerne le bouton vaccinal nécessaire pour que l'immunité ait lieu :*

Celle-ci se produit même lorsqu'après l'inoculation sous-épidermique on empêche, par un article expérimental la naissance du bouton de vaccin.

2. *En ce qui concerne le système nerveux :*

a. Le système nerveux reste complètement étranger à l'accomplissement des phénomènes vaccinaux. La section préalable des nerfs qui se distribuent à la région inoculée n'empêche pas l'infection de se produire avec tous ses effets.

b. Cette interruption du courant nerveux ne modifie même pas sensiblement la marche de la pustule vaccinale.

3. *En ce qui concerne le sang :*

a. L'inoculation sous-épidermique du sang vaccinal ne donne jamais la vaccine ; cette opération n'est donc susceptible d'aucune application pratique.

b. La transfusion, même à doses excessives, de sang vaccinal, n'est, le plus souvent, suivi d'aucun effet remarquable ; après, comme avant, l'animal reste apte à contracter la vaccine.

c. Il est possible, cependant, que, dans quelques circonstances, la transfusion produise, chez l'animal récepteur, l'immunité vaccinale seule, sans aucun phénomène extérieur.

d. Mais alors même, l'immunité, ainsi acquise, ne serait pas transmissible par une seconde transfusion.

e. D'après tous ces faits, il est infiniment peu probable que ce soit par le sang, en tant que véhicule direct, que le virus vaccinal se généralise dans l'économie tout entière.

4. *En ce qui concerne les vaisseaux lymphatiques :*

a. L'inoculation sous-épidermique du lymphe provenant d'une région vaccinée et prise en deça du ganglion plus proche, a donné les mêmes résultats négatifs que l'inoculation sous-épidermique du sang vaccinal.

b. Par contre, en injectant quelques grammes de cette lymphe dans le sang d'un cheval, j'ai réussi à déterminer l'apparition du *horse pox.*

c. Cette lymphe paraît donc susceptible de virulence, pourvu qu'elle soit employée à dose un peu forte.

5. *En ce qui concerne les ganglions lymphatiques :*

a. Après les vaccinations normales, l'engorgement du ganglion le plus voisin de la région vaccinée est un fait constant, quoique jusqu'ici méconnu, et justifie le nom de *bubon vaccinal* dont je me suis servi. Le bubon est indolent et sans réaction inflammatoire.

b. Cependant, l'inoculation du suc de ce ganglion, à quelle époque qu'elle soit faite, ne donne pas la vaccine.

c. Il est donc possible, en definitive, de surprendre des traces de virulence dans le système lymphatique, entre le lieu d'inoculation et le ganglion le plus proche. A partir de ce ganglion, on n'en retrouve plus.

d. Cette circonstance semble de nature à faire attribuer aux ganglions lymphatiques un rôle élaborateur se traduisant par la disparition de la virulence et l'apparition de l'immunition : deux faits simultanés et corrélatifs. Mais ce ne pourrait être affirmé qu'autant que l'intervention des ganglions serait démontrée indispensable. Or, cette affirmation est difficile en présence des faits de réussite obtenus par l'injection directe du virus vaccin dans les vaisseaux sanguins.

e. Ce qui est certain, c'est que le virus-vaccin, en passant par les ganglions lymphatiques, y perd son inoculabilité, ce qui établit entre lui et la matière inoculable du charbon une différence fondamentale très importante à signaler au point de vue de la théorie générale des virus.— *Revue de littérature médicale.*

—

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, FEVRIER 1879.

Rédacteurs :

MM. LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE ET S. LACHAPELLE.

Affaire Patton.—Expertise médicale.

—

Voici les faits :

Richard Patton est un citoyen respectable de Montréal, bien placé dans le monde financier, assuré pour un montant considérable. Un bon jour son nom vient grossir la liste des banqueroutiers, et quelque temps après, on le trouve mort, couché dans une voiture d'hiver, au fond de sa cour. L'enquête se fait.

MM. Shaw, Hutchison et Patton fils déclarent que le défunt souffrait depuis un certain temps d'une faiblesse intellectuelle assez prononcée. M. Shaw, cependant, dit qu'ayant pris son déjeuner avec M. Patton, le matin du jour où on le vit pour la dernière fois, il crut remarquer qu'il était mieux que d'ordinaire. Les médecins font l'autopsie : les organes sont sains, seulement l'estomac contient de la morphine et les analystes O'Leary, Reddy et Girwood concluent à l'empoisonnement.

Le jury ne prend en aucune considération l'opinion de la science et rend le verdict suivant : " Richard Patton, dans les derniers temps de sa vie, présentait un dépérissement visible, tant physique qu'intellectuel, et il est mort d'épuisement et de chagrin." Pendant l'enquête un des jurés posa la question suivante au Dr Reddy : Si la circulation du sang du défunt était assez faible pour amener une espèce d'engourdissement de ses mains, est ce qu'un chagrin profond et une prostration morale venant compliquer cette faiblesse ne devait pas mettre sa vie en danger ? Le docteur Reddy répondit : Non.

—Encore une fois, malgré cette réponse de l'homme de l'art, comme malgré l'analyse chimique, le jury rendit le verdict que nous avons rapporté plus haut. Le résultat, comme on le voit, a été autre qu'il était permis de le supposer. Il y a dans l'esprit du jury un doute sur la cause de la mort d'un individu, on consulte la faculté pour se renseigner, la faculté répond : " empoisonnement par la morphine ; " et le jury ridicule dit, lui,

ce n'est pas cela: "Patton est mort de chagrin!" Il n'y a eu aucun agent intermédiaire entre le *chagrin* et la mort, ni poison ni autre chose! Mais, disent Reddy et Osler, les organes sont sains partout, il n'y aucune lésion morbide quelconque! Q'importe, on répond de nouveau: Patton est mort de chagrin!

En présence d'un fait semblable, l'opinion publique s'est agitée, et avec raison. On s'est accusé de part et d'autre, on a supposé l'intérêt mis en jeu et le serment n'a été une sauvegarde pour personne. L'ignorance a nargué le savoir dont elle a fait fi, et la médecine légale n'a été qu'une vaine formule, et chose non avenue. Les médecins légistes ont réclamé et la société toute entière s'est demandée à elle-même où était sa protection. Cet aveu, qui suit tout naturellement le fait en question, nous le faisons à notre tour, et avec tous, nous nous disons : où en sommes-nous ?

Disséquons un peu.

Les analystes O'Leary, Girwood et Reddy n'ont examiné que l'estomac. C'est tout ce qui leur a été confié par l'autorité: (le foie, les reins, la vessie, les urines avaient été négligés, au lieu d'être sous les scellés secrets), cependant, ils ont trouvé ce qu'ils cherchaient et peut-être aussi ce qu'ils ne cherchaient pas: la présence d'un alcaloïde puissant dans l'estomac. Nous ne savons quelle quantité a été trouvée. Cette quantité aurait été plus considérable si les recherches eussent pu être prolongées plus loin; ainsi si les urines eussent été soumises à l'examen, nous sommes certain qu'elles auraiant apporté leur contingent de l'alcoloïde trouvé ailleurs, à moins que la mort ne fût survenue longtemps après l'ingestion du poison, ce qui n'est point prouvé.

Cette question de quantité a été soulevée durant l'enquête par le jury et plus particulièrement par le coroner. On a répondu et avec raison que ce n'était pas le poison trouvé qui avait causé la mort, mais bien le poison absorbé et qu'ainsi il était difficile de déterminer la dose. C'était très complaisant de condescendre à une semblable question. En effet, pourquoi créer à l'expertise une semblable difficulté ? Pourquoi poser un problème dont la solution est impossible.

Légalement la question de quantité ne devrait jamais être posée, puisque, aux termes de la loi il y a crime d'empoisonnement lors même que la substance ingérée n'est pas en *quantité suffisante* pour donner la mort, qu'il *suffit* qu'elle soit de *nature à la donner*. Il n'y a que le cas où le toxique est une des substances qui peuvent être rencontrées naturellement dans le corps humain, qu'il est utile d'établir que la quantité recueillie est quantité *notable*, afin qu'alors on ne puisse le

confondre avec l'infiniment petite proportion naturellement contenue dans les organes.

Il y a déjà dans les détails que nous venons de rapporter de quoi surprendre le plus phlegmatique. L'autorité voulait la quantité et ne donne pas les moyens de l'établir en ne procurant à l'analyse qu'une partie des organes susceptibles d'être analysés; puis elle veut une chose qu'il est inutile de bien constater, comme nous le dit clairement le texte de la loi.

Continuons.

Nous admettons cependant qu'à l'homme non suffisamment initié aux notions scientifiques, il puisse arriver des erreurs aussi graves auxquelles il ne peut remédier que par l'expérience.

Le nocher dans son art s'instruit pendant l'orage,
Il n'y devient expert qu'après plus d'un naufrage.

Passe pour le nocher. Mais ici nous croyons que l'indulgence est déplacée, et qu'accepter un semblable état de choses sans protester n'a pas sa raison d'etre. Nous croyons donc que si une deuxième expertise était nécessaire, pour confirmer la première qu'on soupçonnait ne pas être assez établie, pourquoi ne l'a-t-on pas demandée? Nous ne pouvons nous empêcher de regretter que cette affaire importante n'ait pas eu pour théâtre un tribunal plus compétent, le résultat eut pu être plus scientifique et plus équitable.

Nous en sommes sur ce terrain de médecine légale au même point pourtant que plusieurs autres pays plus avancés que le nôtre; si on excepte l'Allemagne: cela soit dit sans murmure; la science n'a point de patrie, nous la prenons où elle se trouve. La toxicologie a bien fait des progrès depuis Orfila à Tardieu, mais sommes-nous toujours satisfaits de ses travaux; ou si elle n'est pas coupable, sont-ce les toxicologistes que nous devons accuser? Nous ne résoudrons pas le problème, mais nous nous permettrons quand même de mentionner les faits sur lesquels nous établissons notre opinon.

Chaussier et Orfila émettent sur le même fait deux opinions différentes: l'une que la morphine dilatait la pupille l'autre qu'elle la contractait; et tous deux avaient raison.. Mais l'un avait donné la morphine à faible dose chez l'homme, et l'autre à forte dose chez les animaux.

Pendant quinze ans on a sacrifié des milliers d'animaux pour étudier l'action toxique de l'arsenic. Enfin l'histoire symptômatique de l'empoisonnement est tracée; tous les livres reproduisent la même série et le même ordre de symptômes dans leur manifestation. Tout à coup apparaît un fait d'empoisonnement chez cinq personnes, dans lequel l'arsenic a été

donné dans un état peu habituel : c'était de l'arsenic à chauler le blé. Alors se montrent des phénoménes tout différents et tels que les ouvrages techniques sont obligés d'inscrire deux ordres opposés de symptômes que peut développer l'arsenic. Un seul fait clinique avait plus appris que des milliers d'expérience. Mais voici qui est plus sérieux.

Une femme dans la force de l'âge, après avoir passé la soirée en parfaite santé chez les voisins, rentre chez elle, se couche ; un quart d'heure s'écoule : le beau-père et le mari qui couchent dans une pièce au-dessus, l'entendent pousser un cri aigu ; ils vont au dehors, appellent les voisins. Au moment de leur arrivée, elle est couchée à terre, sans connaissance elle a le bras gauche raide et la main gauche à demi fermée. Le bras droit est plié sur la poitrine ; le ventre fait des soubresauts, ainsi que s'accordent à le dire tous les témoins ; elle ne peut prononcer que ces mots : "Qu'ai-je fait cette nuit ? Je suis perdue, à l'estomac, à l'estomac !" Puis elle expire au bout de quelques instants. La scène a duré vingt-trois minutes. A quelle cause attribuer la mort si inopinée, si rapide de cette jeune femme ? Les premiers medecins chargés de l'expertise médico-légale, MM. Carbonne et Dresch ont conclu tout d'abord en raison de l'absence des vomissements, de déjections intestinales, de convulsions à une lésion pathologique : c'était alors le 6 avril 1876. D'autre part, l'autorité locale croit devoir instituer un enquête, et le 28 juin, trois mois après la mort les mêmes médecins, MM. Carbonne et Dresdh procèdent à l'autopsie. Le corps leur apparaît dans un état de décomposition très avancé ; les organes digestifs, les organes cardio-pulmonaires sont absolument intacts. La boîte cranienne est ouverte : les meninges apparaissent noires, sèches, n'étant plus accolées au cerveau sous-jacent, qui était réduit dans son volume, ramolli dans sa masse, mais non désagrégé. Des coupes horizontales pratiquées dans la mesure du possible, dans cette pulpe nerveuse différente, n'ont pas tardé à révéler, la présence d'un foyer hémorrhagique considérable dans l'émisphère droit, remplissant le ventricule. Le juge d'instuction a constaté dans le procès verbal d'autopsie : La présence de caillots de sang en assez grand nombre et qui tranchaient, par leur couleur, sur la masse centrale en bouillie grisâtre.

Tels sont les éléments de l'affaire Toulza qui s'est déroulée devant les assises de l'Ariége en janvier 1877.

Des rapports des docteurs Carbonne et Dresch il semblait donc résulter comme évidente la mort naturelle de Marie Toulza, mort due à une hémorrhagie cérébrale. Cependant un rapport de M. Filhal, le savant chimiste de Toulouse qui a

trouvé dans les organes de la victime un alcaloïde fixe, cristallisable, de saveur amère et dont les caractères ne se rapportent d'une manière complète à aucun des alcaloïdes étudiés, les dépositions du docteur G. Bergeron, appelé de Paris pour éclairer le juré se sont trouvés en opposition formelle avec les déclarations des premiers experts. M. Bergeron s'est appuyé sur les phénomènes légèrement tétaniques de la femme Toulza, sur la souffrance qu'elle a accusée du côté de l'estomac pour affirmer l'empoisonnement par la strychnine, l'état de décomposition du cerveau au bout de trois mois ne permettant pas, selon lui, à l'expert le plus habile de distinguer un caillot sanguin au milieu d'une masse cérébrale diffluente. L'opinion du savant légiste a prévalue: le jury a reconnu François Toulza coupable d'empoisonnement sur sa femme; mais en présence des contradictions de l'expertise médicale, il n'a pas voulu assumer jusqu'au bout la responsabilité de son verdict et a admis les circonstances atténuantes.

La même année, en Angleterre, dans le comté de Kent, l'affaire Staunton a donné lieu à des expertises contradictoires qui n'ont rien de bien rassurant.

Dans ces deux pays on s'est saisi de ces faits pour demander à grands cris les moyens de se mettre à l'abri de semblables inutilités. Il vient d'être alloué 150,000 francs en France pour les études médico-légales. Partout l'on travaille, et comment? l'on suit l'exemple de l'Allemagne, qui possède un noyau de médecins experts devenus très expérimentés, à qui on confie la besogne quand il y en a. Ici, au sujet de l'affaire Patton, nous avons bien nos conclusions à tirer, puisqu'il y a tout à créer. La contre-expertise que nous aurions aimé voir dans cette affaire n'aurait rien changé à la question, elle était simple, et le verdict qui a été donné demeurera toujours incompris. Mais puisque cela nous donne l'occasion de parler expertise, qu'attendons-nous pour créer cette branche parmi nous? Pourquoi n'avons-nous pas nos experts? Quand on en a besoin il faut souvent chercher longtemps avant d'en trouver, et puis quelquefois on est obligé d'en prendre deux au lieu d'un. Le gouvernement y ferait des économies, la science s'enorgueillirait de ce progrès, et la société en ferait son profit. Nous ne demandons pas pour cela ce que l'on est en train de faire ailleurs: à qui sait attendre succès est assuré. Ainsi ce serait splendide de voir la morgue de Montréal réformée en 1880, comme celle de Paris cette année. Il y aurait une salle d'autopsie bien éclairée, propre, munie d'un certain nombre d'appareils et d'instruments; de petits laboratoires pour faire les examens microscopiques et chimiques qui doivent être prati-

qués de suite; un chenil, une grenouillère, c'est-à-dire quelques animaux sur lesquels on puisse instituer les expériences nécessitées par certaines expertises; enfin des collections de pièces anatomiques, une chambre de moulage, un atelier de photographie, des poisons minéraux et végétaux. Ce serait une véritable école où nous pourrions avoir aussi notre Brouardel. Mais laissons cela à nos neveux. Pour le moment contentons-nous de ce que nous avons demandé il y a un instant.

Une autre conclusion à tirer. L'affaire Patton a donné lieu à un incident physiologique. Le coroner Jones, que nous respectons tous comme citoyen, ne peut exiger de nous comme juriste-médical des sympathies que tout le monde lui refuse. Dans le cas actuel nous ne savons pas jusqu'à quel point sa responsabilité et sa compétence sont à l'abri. Qu'il cède à l'homme de la science une place qu'il a occupée avec plus de dignité et d'honnêteté que de savoir. C'est un dédommagement, une restitution qui lui est demandée et qu'il ne refusera pas, nous en sommes certain.

Un changement dans le personnel de la Rédaction.

Nos lecteurs apprendront avec autant de regrets que nous la retraite de M. le Dr Lamarche de la rédaction de l'*Union Médicale*. L'intérêt que nous portons à notre journal et le souvenir que nous conservons de nos relations avec le Dr Lamarche, nous font regretter doublement une séparation dont nous n'avions pas prévu la possibilité. Voici la lettre par laquelle M. le Docteur nous fait part de la nécessité dans laquelle il se trouve de discontinuer sa collaboration à l'*Union Médicale :*

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

Ce que j'avais prévu est arrivé : je suis forcé de résigner entre vos mains ma charge de rédacteur de l'*Union Médicale*. C'est avec un regret extrême que je cesse de contribuer à cette œuvre philantrophique à laquelle je me suis si sincèrement intéressé pendant trois ans.

Je vous remercie sincèrement des égards que vous n'avez cessé de me témoigner depuis que je suis en rapport avec vous pour les affaires du journal et je vous prie d'agréer les vœux que je forme pour le succès de notre commune entreprise.

Veuillez bien, s'il vous plait, m'inscrire au nombre de vos

abonnés, je vous ferai tenir le plus tôt possible le montant de mon abonnement.

Ma carrière de journaliste n'a pas été de longue durée, mais elle me laissera assurément des souvenirs agréables.

J'ai l'honneur d'être, Monsieur le Docteur,

Votre bien dévoué,

Montréal, 9 janvier 1879. Dr A. LAMARCHE.

Un succès.—Nos félicitations les plus sincères à M. Azarie Brodeur, actuellement à Paris et y suivant depuis plusieurs années les cours de la Faculté de Médecine. Ce monsieur à pris part au dernier concours de l'Internat ; 305 candidats étaient sur les rangs et il est arrivé le 52me. Il se trouve par conséquent 12me Interne provisoire, les 40 premiers étant Internes titulaires.

De retour.—Nous apprenons avec plaisir le retour à Mont réal de notre ami M. le Dr A. Piché qui était allé passer quelques mois à Paris pour y suivre les hôpitaux et compléter ses études médicales.

Un bon exemple.—Le traitement des professeurs de la Faculté de Médecine de Paris est porté à quinze mille francs ($3,000) par année. Si d'un côté l'on a droit d'exiger beaucoup de la part d'hommes que l'on rénumère si bien, d'un autre côté, il en coûte peu de faire des sacrifices pour atteindre une position aussi honorable et aussi lucrative.

Brochures reçues.

The treatment of the genito-urinary organs, the use of electricity, damiana, etc., by JOHN J. CALDWELL, M. D., of Baltimore.

Rapport sur le concours d'agriculture, par le docteur HUBERT LARUE, Québec.

MARIAGE.

Au couvent des Dames de la Congrégation de St. Roch, le 14 courant, V. de L. Laurin, Ecr., Médecin, de la paroisse de L'Ancienne Lorette, à Dlle Marie-Joséphine Pâquet, fille de sieur Zéphirin Pâquet, de St. Roch de Québec.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Le Rhumatisme.

PAR LE DOCTEUR A. G. A. RICARD.

(*Lu devant la Société Médicale de Montréal.*

Afin de donner une idée générale et succincte des traits caractéristiques de cette maladie, je me permettrai, en entrant en matière, de citer ce qu'en dit le docteur P. Lorain, l'annotateur du "Médecin Praticien."

"Le mot *rhumatisme*, vague par lui-même, et pour ce motif excellent, s'applique à des affections d'apparences diverses. Les unes sont chroniques, apyrétiques; les autres sont aiguës, fébriles; mais elles se traduisent toutes par des douleurs dans les muscles ou dans les articulations: ici avec tuméfaction, rougeur, épanchement de liquide; là sans gonflement; dans tous les cas, la mobilité, la facilité de leur déplacement est extrême; il n'y a nulle tendance à la suppuration; la guérison *spontanée* est la règle; la tendance à la récidive, extrême; l'influence héréditaire est marquée; enfin, il y a, dans les cas les plus aigus, disposition à l'envahissement des séreuses profondes (méninges, péricarde, plèvre, péritoine), et ces localisations sont plus graves ou plus persistantes que celles des organes extérieurs. L'augmentation de la plasticité du sang, la fièvre inflammatoire, la résolution rapide de ces affections, leur tendance à se reproduire sous l'influence du *froid*, sont encore d'autres caractères qui signalent leur origine et leur nature."

Le rhumatisme est une affection des articulations et des muscles. On le divise donc en rhumatisme articulaire et rhumatisme musculaire. Le premier est le plus souvent aigu dans sa manifestation, le second est généralement chronique. Le symptôme essentiel commun aux deux, est la douleur.

Le rhumatisme articulaire aigu est une inflammation d'une nature spécifique, siégeant dans les tissus fibreux et synoviaux.

Les grands maîtres de la science médicale en France, ont longtemps discuté le genre d'inflammation de cette affection. Bouillaud, Rochoux, Piorry prétendent que le rhumatisme articulaire aigu est le type de l'inflammation franche qui ne reconnaît pas plus de causes spécifiques que la pneumonie, la pleurésie, et ils trouvent que les symptômes sont les mêmes. Pour Louis, Chomel, Grisolle, l'inflammation n'est même pas un élément du rhumatisme, mais une complication, quelque chose de surajouté. La fièvre qui l'accompagne n'est, suivant eux, qu'une fièvre comme celle qu'il y a souvent dans les douleurs, les névralgies, etc., persistant quelques fois après que les symptômes sont subjugués.

Gerdy, Martin-Salon, Rostan soutiennent que le rhumatisme articulaire aigu est une vraie inflammation, non pas franche, mais une inflammation spécifique.

La spécificité se dénonce par des phénomènes appartenant à cette seule maladie tels que, instantanéité du début, grande rapidité de disparition ou de déplacement, persistance de la fièvre quand la maladie a disparu, absence de lésions anatomiques, insuffisance des antiphlogistiques, enfin une terminaison qui n'a pas lieu par gangrène ou par suppuration.

Ces particularités de l'inflammation du rhumatisme la distinguent essentiellement de l'inflammation franche. Dans celle-ci, l'arthrite, par exemple, les phénomènes sont fixes et permanents; ils peuvent se terminer par suppuration; les antiphlogistiques sont les meilleurs moyens pour les combattre. D'après cet exposé si rationel, nous devons adopter cette dernière opinion.

Pourquoi cette inflammation est-elle spécifique plutôt que franche? Quelle est la cause qui produit cette spécificité?

D'après les meilleures autorités l'origine du rhumatisme serait dans un défaut ou une lésion des organes assimilateurs et excréteurs. Par l'effet du froid, des erreurs de régime, de l'intoxication alcoolique ou d'autres causes semblables, ces organes produiraient un changement anormal du sang constituant ainsi la diathèse rhumatismale.

Quelque fois le sang semble altéré avant l'apparition des signes inflammatoires locaux; d'autres fois, mais plus rarement, quand la maladie est produite par le froid agissant sur des constitutions prédisposées au rhumatisme, l'altération du sang vient à la suite de l'affection locale. Dans les deux cas, par l'effet de la perturbation causée dans les fonctions des organes internes il se produit une quantité de fibrine relativement grande et une diminution proportionnelle de l'hæmato globuline. De là la disposition naturelle du rhumatisme a

produire l'anémie et les phénomènes dépendant d'une diminution des globules du sang, conséquence qu'il laisse souvent à sa suite et que l'on constate au cœur et aux carotides par le bruit du soufle caractéristique, bruit essentiellement différent de celui qui indique l'endocardite.

SIÉGE DU RHUMATISME.

Son siége anatomique est particulièrement : les tissus fibro séreux articulaires, les glandes synoviales, les ligaments internes des jointures, les muscles, les tendons de la dure mère, du péricarde, etc. Il peut affecter les autres tissus mais ce n'est que secondairement et par contiguité.

SYMPTOMES.—SYMPTOMES LOCAUX.

Le rhumatisme articulaire aigu est caractérisé par une douleur plus ou moins violente dans une ou plusieurs articulations, douleur comprimante et gravative, plus forte la nuit que le jour, augmentée par la chaleur, vivement exaspérée par les mouvements des membres affectés mais non par la pression de la main qui cause presqu'un bien être. Cette dernière particularité marque l'importante distinction qu'elle a avec la douleur de l'inflammation franche. Il est étonnant de voir comme les tissus fibreux si inertes à l'état sain, deviennent sensibles quand ils sont le siége de l'inflammation rhumatismale.

Les autres symptômes sont : rougeur plus ou moins foncée suivant le degré de la phlegmasie, enflure avec un peu d'épanchement, chaleur extérieure peu élevée, et quelquefois irruption miliaire. Si on imprime des mouvements à la jointure malade on entend un bruit de frottement.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX.

Fièvre marquée au début par le frisson, le malaise et la courbature, face rouge animée, soif assez vive, langue blanchâtre, épaisse, rouge à ses bords et à sa pointe, appétit nul, selles rares, les urines foncées et sédimenteuses sont acides et chargées d'acide urique. La peau est en transpiration acide au lieu d'être à l'état de sécheresse comme dans les autres inflammations, céphalalgie, sommeil empêché par les douleurs.

Le pouls est large et plein, régulier, et un peu plus fréquent qu'à l'état normal.

Si on pratique la saignée on trouve le sang fortement couenneux.

La manifestation locale a une grande tendance à se transporter d'une articulation à une autre ou sur des organes internes.

Quelque fois la fièvre persiste quand les symptômes ont cessé. La fièvre accompagnant le rhumatisme ne devient jamais typhoïde.

Diagnostique entre le rhumatisme et la goutte.—Celle-ci est fixe sur une ou plusieurs articulations des orteils. Elle a pour cause la suranimalisation du sang par des principes azotés qui s'épanchent daus les petites jointures et en causent l'inflammation. Ainsi l'alimentation riche est la cause de la goutte tandis que celle du rhumatisme est une alimentation détournée ou défectueuse sous l'effet du froid humide. Le rhumatisme n'est pas fixe mais change facilement de place. Il envahit surtout les grosses articulations.

Complications.—Les plus importantes comme les plus fréquentes sont les phlegmasies cardiaques. Elles sont presque toujours présentes dans les violentes attaques de rhumatisme, mais assez rares dans les formes légères ou peu fébriles. L'endocardite et la péricardite commencent fréquemment en même temps que l'inflammation externe.

On connaît les lésions graves qu'entraînent ces redoutables complications. Aussi faut-il au début et dans le cours d'un rhumatisme examiner le cœur attentivement. Il faut remarquer ici que tous les bruits anormaux du cœur ne signifient pas qu'il y a inflammation de cet organe. Quelques uns de ces bruits se sont dissipés d'eux mêmes à la suite de la médication dirigée contre la diathèse rhumatismale seulement, comme aussi avec la méthode expectante. Ils étaient produits alors par le changement survenu temporairement dans la composition du sang.

La durée est de quelques semaines à trois ou quatre mois. La première attaque est généralement moins longue. La terminaison a lieu souvent par des sueurs abondantes et de mauvaise odeur ou par un flot d'urine sédimenteuse.

ETIOLOGIE.

Le rhumatisme ne se montre pas avant la puberté. C'est depuis ce temps jusqu'à quarante ans qu'il est plus fréquent sur les individus.

Plus le sujet est jeune plus il est apte à avoir des complications cardiaques.

Causes.—Causes prédisposantes : hérédité, tempérament lymphatico sanguin, prédisposition ou tendance à l'affaiblissement

et à l'état nerveux subséquent. Le rhumatisme règne plutôt dans le temps froid et humide et dans les climats tempérés.

Cause efficiente: le froid humide. Par la soustraction du calorique et par la suppression de la transpiration, il produit dans le système la retention d'un agent délétère habituellement éliminé par les émonctoires naturels et qui, retenu ainsi, intervient avec les fonctions internes les plus délicates et les plus importantes.

Le pronostic du rhumatisme est sérieux.

1° En raison des souffrances qui l'accompagnent et qui ôtent au patient le sommeil, l'appétit et le mouvement. 2° A cause de sa durée toujours incertaine. 3° A cause des complications graves qui peuvent se manifester en même temps et qui entraînent les plus grandes conséquences. 4° A cause des suites qu'il laisse, tendance à récidive, etc., etc.

TRAITEMENT.

Principes thérapeutiques: 1° Combattre l'irritation constitutionnelle ou la fièvre; 2° Eliminer du système les éléments excrémentitiels du sang qui y sont retenus; 3° Rétablir les conditions nécessaires au fonctionnement normal de tous les procédés de l'appareil nutritif; 4° Combattre les symptômes locaux par les moyens externes appropriés.

Pour remplir ces indications il y a le traitement général et le traitement spécifique.

Le traitement général consiste dans les moyens suivants: Repos, diète, température uniforme, la saignée, narcotiques, calomel et opium, diurétiques, etc., et au déclin de la maladie, quinquina, fer, huile de foie de morue, les phosphates, etc.

Le traitement spécifique qui est dirigé en particulier contre la diathèse rhumatismale, comprend à des titres divers: l'acide salycilique et ses composés, le sulfate de quinine, le nitrate de potasse, l'iodure de potassium, les alcalis, le jus de citron, le colchique, la vératrine, etc.

La première indication à remplir est d'abattre les symptômes généraux.

Saignée générale.—On a beaucoup discuté la valeur de son influence dans le rhumatisme aigu. Il y a eu diversité et même de grandes divergences d'opinion parmi les savants sur son usage et sur son efficacité dans cette maladie. L'opportunité d'employer ce moyen dépend du degré de l'état inflammatoire, de l'âge, de l'état du patient, de sa constitution, etc., etc.

La saignée est nécessaire si la maladie est d'une grande intensité, si le sujet est jeune, pléthorique. L'effet est excellent

pour diminuer la phlogose, pour prévenir ou enrayer les complications vers le cœur. Ceci est pleinement établi par l'expérience des meilleures autorités en ces matières. Il ne faut pas oublier toutefois la tendance naturelle de la diathèse rhumatismale à produire l'anémie. Aussi ne doit-on pas avoir recours aux saignées répétées, ou coup sur coup, suivant la méthode de Bouillaud. Il faut être sobre de son usage et conserver les ressources nutritives dont la constitution aura besoin à la fin de la maladie. Le sang, comme je l'ai dit, se couvre promptement dans le vaisseau, d'une couenne ferme et épaisse, composée de fibrine. Une saignée modérée, répétée au besoin, diminue cet effet tout en abattant l'irritation et en diminuant la fièvre.

La saignée, qui produit un si grand bien chez les patients de bonne constitution causerait des effets désastreux chez les personnes nerveuses, irritables, chez celles qui sont adonnées à la boisson ou à d'autres habitudes de dissipation. En résumé donc, on pourra employer la saignée modérément, si le sujet est jeune, si c'est la première attaque de la maladie, si la fièvre est forte.

Narcotiques.—Ils sont d'un grand secours pour calmer l'acuité des douleurs et pour donner du repos aux patients, mais ils n'ont pas d'effets marqués sur la marche et la durée de la maladie.

Le dover a ici une indication spéciale. Il agit de trois manières : en procurant le sommeil, en causant une diaphorèse substitutive et en activant l'action des reins par le nitrate de potasse qu'il contient.

Calomel et opium.—On se sert de cette combinaison comme altérant sur le système et comme difluent et fondant de la partie fibrineuse du sang. On l'administre à petites doses et à intervalles égaux.

Diurétiques.—Le plus important et le plus en usage pour le rhumatisme est sans contredit le nitrate de potasse. Dix grains trois ou quatre fois par jour dans une tisane diurétique, auront l'effet de diminuer la chaleur et l'irritation, en rétablissant la fonction normale des reins.

Le nitrate de potasse agit favorablement de trois manières : comme refrigérant il tempère la chaleur animale et la force de la fièvre ; comme fondant il agit sur la plasticité du sang et en arrêtant de nouvelles formations de fibrine ; enfin comme puissant excitant de l'excrétion rénale il fait éliminer par cette voie l'urée et les composés d'acide lithique retenus dans l'économie.

Tous les sels de soude et de potasse, surtout l'acétate et le bicarbonate de potasse sont spécialement indiqués dans le rhu-

matisme. Sous leur influence la durée de la maladie est diminuée, l'intensité des symptômes est atténuée, et enfin la fréquence des accidents cardiaques beaucoup moindre.

MÉDICATION SPÉCIFIQUE.

Acide salicylique, salicylicate de soude.—Suivant Mr. G. Sée, ce genre de médicament agit merveilleusement dans le rhumatisme aigu. Sous son influence la rémission de l'état fébrile est remarquable, les articulations se dégagent, la température s'abaisse et les complications du cœur sont efficacement arrêtées.

Nous avons eu à Montréal, aux hôpitaux comme dans la pratique privée, un bon nombre de cas soumis à ce traitement qui a donné d'heureux résultats. Cependant notre expérience ne date pas de loin, et ces remèdes ne sont pas sans danger. Aussi ne faut-il pas dépasser certaines doses. Actuellement, en France, le salycilicate de soude est mis de côté; car il y a eu des cas de mort dont il a été la cause. Mr. le professeur Gubler est tout à fait opposé à son emploi, au moins à la forte dose de dix grammes.

L'acide salicylique se donne à la dose de deux grains et demi toutes les trois heures. J'ai remarqué qu'il est irritant pour l'estomac et qu'il produit subitement une grande dépression des forces.

Le salicylicate de soude lui est préférable. A l'Hôtel-Dieu ce médicament a été bien employé. Il a donné satisfaction presque constamment. Sous son influence il y a eu une prompte et étonnante rémission de tous les symptômes dans les trois à sept premiers jours. S'il ne s'opère pas un changement considérable dans cet espace de temps il vaut mieux changer de remède. Voici la prescription dont je faisais usage dans mon service, à l'exemple de notre confrère, le docteur Laramée qui, le premier à l'Hôtel-Dieu a voulu faire des expériences complètes et décisives sur ce remède si efficace.

℞ Salicylicate de soude.....160 grains.
Sirop d'orange ..... 2 onces.
Eau ..... 6 onces.
DOSE : Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Sulfate de quinine.—La meilleure manière de l'employer est d'en faire prendre au malade par vingt-quatre heures une demie drachme à une drachme bien diluée, et à dose fractionnée, toutes les heures à peu près.

Il y a généralement une grande diminution des symptômes fébriles et des douleurs dans les trois premiers jours, mais il n'a aucune influence sur la marche de la maladie, sur les complications cardiaques, et pour modifier l'affection locale.

On ne doit pas donner ce médicament au-delà de quelques jours, ni à des doses plus fortes, car il pourrait produire des accidents graves. Même il faut le cesser ou en éloigner l'usage, si le patient éprouve des éblouissements, des vertiges, etc. Pour la quinine comme pour le nitrate de potasse, on donne les doses largement diluées afin de ne pas produire d'irritation dans l'estomac. Aussi sont-ils contre-indiqués tous deux quand il y a cette irritation préalablement.

Après quelques jours de suspension on peut donner la quinine de nouveau s'il y a récidive. Elle produit les mêmes bons résultats.

Colchique.—C'est un médicament sur lequel on est loin d'être d'accord concernant son efficacité dans le rhumatisme. Il paraîtrait cependant que pour donner un résultat bien avantageux il faut qu'il produise son effet purgatif en même temps que son effet diurétique. Alors il décharge par le foie et par les reins les éléments non oxigénés et délétères retenus dans l'économie. Une excellente manière de le donner serait de le combiner avec le tartre antimoine, la liqueur de potasse et la morphine. On obtiendrait ainsi le relâchement de l'état fébrile, une forte action des reins et de la peau. Il faut en même temps entretenir la diarrhée afin de seconder son action sur les voies biliaires. Un autre effet du colchique est d'activer l'élimation de l'acide carbonique par les poumons.

Jus de citron.—Après l'emploi des grands moyens tels que la saignée, la quinine, etc., on fait usage avec beaucoup d'avantage du jus de citron. On peut l'édulcorer mais non le délayer. L'efficacité de ce remède est dûe au supercitrate de soude et non à l'acide citrique qu'on serait tenté de donner comme succédané.

Le jus de citron est indiqué spécialement dans la forme inflammatoire ou généralisée, chez des sujets d'un bon tempérament. Son action dans ces cas est des plus remarquables. Les douleurs cessent, le gonflement et la rougeur diminuent après un certain nombre de jours. Son effet n'est pas prompt mais il est efficace. Il n'agit pas aussi bien sur les sujets débilités ou affectés de syphilis. La dose est de une à deux onces toutes les 4 ou 5 heures. S'il produit quelques dérangements des intestins on donnera un peu d'opium pour y remédier.

Vératrine.—Ce redoutable remède est considéré comme un excellent spécifique. Employé à la suite des antiphlogistiques

il agit contre la diathèse rhumatismale; c'est un médicament dont on doit se servir avec prudence, ayant soin d'en surveiller l'effet, car il peut produire des accidents sérieux.

TRAITEMENT LOCAL.

En général, on ne doit pas employer, au moins dans la première période, des remèdes répercussifs tels que liniments forts, etc., on s'exposerait à des déplacements inopportuns ou à des métastases sur les viscères internes.

Voici les moyens les plus en usage: position fixe et élevée du membre affecté, saignées locales, applications narcotiques, applications mercurielles, cataplasmes émollients, bains tièdes ou fomentations, anasthésie locale, vésicatoires.

Je n'ai pas besoin d'appuyer sur ces diverses parties de la médication externe qui consiste en résumé dans la dépletion, dans l'application de la chaleur humide, des calmants, des fondants et altérants, et des contre irritants.

Je dirai un mot seulement de l'anesthésie et des vésicatoires.

Pour produire l'anesthésie locale on se sert d'ether, de chloroforme ou de la liqueur des Hollandais. Voici comment on applique ces médicaments: on en verse une vingtaine de gouttes, plus ou moins, sur l'articulation que l'on recouvre d'une compresse chaude et humide, le tout est ensuite enveloppé d'une toile cirée pour empêcher l'évaporation.

Vésicatoires.—Les vésicatoires ont été employés par M. le docteur Dechilly dans la période aigu du rhumatisme articulaire. Il le poursuit avec ses applications vésicantes à chaque articulation qu'il envahit. Bouchardat aussi les emploie au début de la maladie, et assez grands pour produire une révulsion efficace. Piorry lui-même les applique dans la première période, dans le but d'obtenir des évacuations séreuses abondantes.

Malgré l'autorité et l'exemple de ces hommes célèbres on ne doit pas courir les risques sérieux de ce moyen énergique lorsque les symptômes locaux et généraux sont déjà si violents. Mais le temps où ils sont très utiles pour aider à la résolution de la maladie et où on ne redoute aucune conséquence fâcheuse, c'est au déclin, quand l'état fébrile est passé.

Traitement des complications cardiaques—saignées générales et locales, mercuriaux, digitale, vésicatoires, et si elles sont dûes à une métastase, rappeler par des irritants le mal aux jointures précédemment affectées.

Régime.—Dans l'état inflammatoire on ne permettra que le régime lacté et des farineux. Plus tard, a mesure que cet état

diminuera on nourrira le patient au bouillon et au thé de bœuf, ayant soin de lui faire prendre en même temps un peu d'une préparation alcaline pour empêcher la formation d'acides sur l'estomac. Quand l'état fébrile est passé et que la convalescence s'établit, il y a généralement émaciation, grande diminution des forces, pâleur, etc. C'est le temps de donner une nourriture substantielle, les préparations de quinquina, de fer, les phosphates, l'huile de foie de morue, etc., et, comme modificateurs, la salsepareille, le guaiac, l'iodure de potassium. Les toniques et ces derniers remèdes doivent être donnés plus tôt chez les personnes débilitées ou d'un tempérament lymphatique.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Du traitement hygiénique des tuberculeux.—*Suite.*—Par M. le professeur PETER, médecin de la Pitié.—L'alimentation devra être la meilleure possible; les aliments les plus nourrissants sous le moindre volume: voilà qui est banal, mais logique, attendu qu'il ne faut jamais oublier d'abord que l'appareil digestif est l'un des plus sûrs points d'appui de la résistance pour le tuberculeux et pour son médecin; ensuite, que c'est trop souvent par cet appareil, par son fonctionnement imparfait, par insuffisance d'alimentation, que s'est faite l'invasion tuberculeuse de l'organisme; enfin, que le tuberculeux est toujours sous l'imminence de troubles fonctionnels de l'appareil digestif par irritation ou lésion des pneumo gastriques, de l'estomac, des intestins ou de foie. Nous devons donc incessamment songer à tout cela, soit quand nous présidons à l'hygiène, soit surtout quand nous conseillons des médicaments.

L'alimentation devra être substantielle, mais *variée;* les substances animales en constitueront la base: viandes, mais de toute sorte, et non exclusivement les viandes "rouges" de bœuf et de mouton, de mouton et de bœuf, engendrant le dégoût par la monotonie; cuites au goût personnel, et non pas

invariablement "saignantes," mal cuites ou "crues"; la viande crue devant être réservée pour les cas où il y a diarrhée —remède alors et aliment.

Le lait, le lait surtout, le lait sous toutes les formes; lait sortant du pis aux deux traites du matin et du soir (en prenant garde qu'il n'en résulte pas d'embarras gastrique—ni de l'inappétence pour les autres aliments); potages au lait; crême, beurre, fromages.

Œufs sous toutes formes également. Le lait et les œufs sont des aliments complets.

Le poisson, excellent pour ceux qui l'aiment et le digèrent: et surtout les poissons plats, ou encore le merlan, de préférence au saumon, à la carpe ou à l'anguille, de digestion plus difficile.

Les huîtres, qu'on a considérées comme béchiques, comme favorables au rejet des crachats (probablement par une vue à la Paracelse), et si facilement digérées, en raison de leur sapidité comme aussi de l'eau marine qu'elles renferment et dont l'iode n'est peut-être pas indifférent aux tuberculeux.

Le pain n'est pas si nécessaire; on en mange trop en France: c'est encore un de nos préjugés.

A propos du régime des tuberculeux, laissez-moi vous dire que je viens de voir, revenant d'une station étrangère à la mode, un tuberculeux de grande intelligence et connaissant son mal, que son médecin, Allemand, traitait à peu près exclusivement par l'air et l'alimentation—ce en quoi il n'était point tant fautif; lui refusant même le bénéfice de la révulsion locale—ce en quoi il avait tort. "Mangez, disait ce médecin à ce malade; mangez toutes les quatre heures, et mangez fortement! La nuit, qu'on vous réveille pour manger encore." Prescrire de manger, de fortement manger, est d'un bon naturel; mais encore faut-il qu'on y ait l'estomac—un estomac d'Allemand.

Notez, en effet, que ce sont les Allemands et les Anglais, gens du Nord, grands mangeurs et buveurs peu réservés, qui ont à la fois conseillé les résidences dans les pays froids, la forte alimentation et les substances alcooliques aux tuberculeux. Accoutumés aux basses températures, comme aux grosses victuailles et aux fortes rasades, ils les conseillent aux leurs qui sont et font comme eux: affaire d'habitude et de nationalité. Seulement ce régime à la Pantagruel, conseillé par les médecins anglais et allemands, excellent peut-être pour les estomacs compatriotes, ne le serait pas pour les estomacs méridionaux, espagnols ou havanais, par exemple. Il faut individualiser le traitement et l'hygiène, comme a fait la maladie, qui s'est individualisée, malgré son fond resté spécifique.

Ceci pour en arriver à vous dire qu'il ne faut pas trop faire manger vos tuberculeux: conseil qui va vous sembler presque naïf, et qui cependant n'est pas ce qu'il semble être.

Cette alimentation volontairement, systématiquement excessive, à laquelle peuvent à peine résister des estomacs du Nord, a pour effet chez nos compatriotes, surtout s'ils sont citadins, et plus encore chez les hommes du midi de l'Europe (à plus forte raison chez ceux de l'hémisphère austral), a pour effet, dis-je, de déterminer d'abord une surcharge habituelle de l'estomac, accompagnée de saburre, d'anorexie, de diarrhée alternant avec de la constipation ; puis une véritable fièvre gastrique (embarras gastrique fébrique de nos contemporains), avec petits accès rémittents nocturnes, fièvre gastrique qui devient la cause fréquente d'erreurs de diagnostic—cette fièvre avec sa petite sueur critique des dernières heures de la nuit étant prise pour la fièvre tuberculeuse, et faisant craindre que la tuberculisation, apyrétique jusque là, ne prennent désormais le type aigu. Or, ces accidents guérissent par un éméto-cathartique, suivi de la prescription d'un régime alimentaire plus réservé. J'ai observé plusieurs cas de cette nature, chez des sujets revenant de stations où on les avait soumis à cette polyphagie de bonne intention et de mauvais effet ; j'ai vu l'émoi que cela causait ; le bon résultat de la médication dont je vous parle, et je me permet de vous le signaler.

Il y a là une véritable exagération contre laquelle je veux vous prémunir ; non moins que contre l'*alcoolisation* des tuberculeux : chose au moins singulière ! on médit de l'alcoolisme, et on n'en saurait trop médire, puis voilà que bientôt nous allons avoir l'*alcoolisme par la thérapeutique :* la potion de Todd a commencé, le rhum, le gin, les vins d'Espagne, la bière, l'alcool sous toutes les formes achèveront cette belle œuvre. Mais, Dieu bon ! il y a des femmes, il y a des enfants pour l'estomac desquels le vin même est chose peu supportable—et à cet estomac d'enfant ou de femme, qui, sain, se soulève contre les substances alcooliques, vous allez de vive force et par bon vouloir les lui imposer ; alors que la tuberculose l'a rendu, par acte réflexe ou autrement, intolérant jusqu'à la révolte ! Est-ce de la raison ou son contraire ?

L'exercice, un exercice modéré, est chose salutaire aux tuberculeux, et surtout l'exercice des membres supérieurs.

Vous recommanderez avec avantage la gymnastique de chambre, pratiquée à l'aide de ressorts à boudin, et connue sous le nom de *gymnastique de l'opposant*, la traction s'exécutant en éloignant au maximum les coudes du corps, et en les portant même en arrière, de manière à agir à la fois sur le diamètre

transverse de la poitrine et sur son diamètre antéro-postérieur ; l'élargissement portant spécialement alors sur le sommet de la cage thoracique où résident les lobes supérieurs, les lobes habituellement peu actifs, et, de ce fait, les lobes tuberculisables, les lobes tuberculeux. A ce propos, je ne peux résister au plaisir de citer une observation qui m'a été communiquée par un médecin très-distingué de province (où il y en a tant de la sorte confinés dans de modestes localités dont ils sont les bienfaiteurs!), le docteur Victor Simon, de Semur, ancien interne des hôpitaux de Paris. Tous les termes valent qu'on les pèse : il y a surtout un passage sur l'huile de foie de morue que je recommande à ceux qui ne dédaignent pas de voir le bon sens aiguisé par l'esprit :

" Une jeune personne, fille née d'une mère un peu goîtreuse, de dix-sept ans, réglée régulièrement, mais d'une pâleur remarquable et d'une apparence très-lymphatique, est atteinte d'une toux persistante ; on l'ausculte et on trouve des râles muqueux au sommet du poumon gauche, de la matité, bientôt de la pectoriloquie ; impossible de douter de l'existence d'une lésion tuberculeuse grave. J'ai examiné la malade plusieurs fois, il n'y avait pas place au doute.

" Cet été, après cinq ou six mois, j'ai eu l'occasion de revoir cette malade que j'avais jugée très-défavorablement, et j'ai constaté, à mon extrême étonnement, non-seulement une amélioration complète de l'état général, mais encore la disparition à peu près absolue des signes physiques, qui ne consistaient plus qu'en un peu de rudesse du murmure respiratoire sous la clavicule et de l'expiration prolongée.

" Le traitement avait surtout consisté dans l'emploi de l'huile de foie de morue ; deux cuillerées par jour, et je regarde l'huile de foie de morue comme un médicament excellent en ce sens, que généralement on se repose sur son emploi et on *fatigue moins* les malades de soins excessifs, de réclusion, de médications dangereuses ou débilitantes, c'est-à-dire qu'à mes yeux le médicament est négatif et qu'il peut tout au plus agir comme aliment d'une certaine espèce.

" Mais, ce que la jeune fille avait fait en outre, et cela avec une extraordinaire persévérance, c'est une gymnastique particulière que voici :

" Le père et la fille se mettaient face à face, se prenaient les mains et se repoussaient successivement l'un et l'autre, lentement, mais avec énergie et de façon que la jeune fille y déployât toute sa force musculaire *plusieurs fois par jour* et autant de temps que ses forces y suffisaient.

" C'est là un fait isolé, très-singulier et dont on ne peut tirer

aucune conclusion,—je le livre pour son originalité,—mais il a au moins ceci de remarquable; que, dans tous les cas de phthisie où j'ai vu se produire du mieux-être, jamais je n'ai noté ni une aussi grande amélioration, ni surtout aussi rapide."

Au fond, c'est de la sorte qu'agissent la rame comme l'équitation, et cela en tant qu'acte musculaire des membres supérieurs, auquel s'ajoute, d'ailleurs, dans ces cas, la respiration d'un air condensé, comprimé par la rapidité de la course et proportionnellement à cette rapidité même. L'homme à cheval et au galop comprime l'air au devant duquel il est lancé, comme un boulet, et fait pénétrer, par d'énormes inspirations, jusqu'aux dernières de ses vésicules pulmonaires, l'air ainsi comprimé par lui. J'ai dit que les muscles des membres supérieurs étaient mis en action de la sorte : oui, eux d'abord, tous les autres ensuite, et nécessairement, depuis les pectoraux et les trapèzes qui fixent les humérus au tronc, jusqu'aux muscles qui maintiennent en équilibre la colonne vertébrale, jusqu'à ceux qui lui donnent son assiette sur le cheval, jusqu'à ceux, enfin, qui pressent celui-ci et en activent ou modèrent l'allure. Tout agit et tout s'agite ; il n'y a pas jusqu'aux intestins qui ne participent à la mise en branle, jusqu'à leurs muscles qui n'en soient secoués et par suite excités. On comprend ce qu'il en peut résulter d'avantage pour l'appétit, stimulé par l'air vif et l'exercice généralisé. Quant à la respiration, est-il besoin de dire qu'elle est ainsi et plus complète et plus active ; plus complète par l'effet de la pénétration dans les poumons d'une somme d'air plus considérable, plus active parce que cet air plus abondamment introduit est aussi devenu plus dense ? Vous voyez ce qu'il en peut être pour l'hématose.

Maintenant, si l'on ne peut aller à cheval par peur ou insuffisance de fortune, qu'on aille à âne : il y aura toujours bénéfice pour les poumons et l'organisme.

Dans l'exercice de la rame, tous les muscles des membres supérieurs, comme aussi ceux de la poitrine, sont les premiers mis en réquisition ; puis successivement ceux du tronc et des membres inférieurs—Voilà pour l'acte musculaire ; mais ce qu'il en résulte de bienfait pour l'ampliation de la poitrine et consécutivement des poumons, est-il besoin de le dire ? Aussi Rush, déjà très-enthousiaste de l'équitation, recommande-t-il l'exercice à la rame; il cite même, à ce sujet, le cas d'un gouverneur de Pensylvanie qui fut très-amélioré par le fait de conduire de l'aviron son embarcation chaque jour plusieurs milles au-dessus et au-dessous de sa demeure. Le même auteur signe deux cas de guérison par le maniement du levier d'une presse d'imprimerie—ce que j'en sais, d'expérience personnelle, me permet

d'affirmer que la tuberculisation était à peu près inconnue chez ceux qu'en typographie on appelait, avant l'invention des machines, les *pressiers*, qui manœuvraient si activement la " presse à bras," tandis qu'elle est loin d'être rare chez les " compositeurs paquetiers," dont l'action musculaire est des plus restreintes, consistant à assembler, immobiles sur leurs jambes, les lettres dans un composteur.

J'arrive ainsi, de proche en proche, à vous parler de l'air marin: c'est de l'air à la fois dense et salé, qui peut agir et agit en effet sur les organes respiratoires par sa pression plus grande et par sa composition, par ses qualités physiques et par ses qualités chimiques. Il contient plus d'oxygène, moins d'azote et moins d'acide carbonique que celui du continent; il est naturellement de " l'aircomprimé " et nous en offre les bénéfices thérapeutiques; enfin, sa température au large est sensiblement constante.

Ce qui m'amène à parler des voyages maritimes et de leurs effets possibles sur les tuberculeux; c'est là encore (pour ne mentionner que les points fondamentaux de ce problème si complexe de physiologie thérepeutique), c'est là qu'il importe de distinguer et la nature du voyage et les conditions matérielles de son accomplissement; et la nature du tuberculeux et la forme de sa tuberculisation.

Des plus anciens jusqu'à nous, la croyance était générale que les voyages sur mer pouvaient contribuer à la guérison des poitrinaires; si, par exemple, l'Egypte était favorable aux Européens atteints de phthisie, ce n'était pas tant par elle-même qu'en raison de la longueur du voyage maritime qu'il fallait accomplir pour l'atteindre: " *Neque Ægyptus propter se petitur, sed propter longinquitatem navigandi.*" Cette assertion de Pline exprimait l'opinion médicale de son temps et n'était que l'écho d'une antiquité vénérable. Dix-huit siècles nous l'avaient transmise non-seulement intacte, mais fortifiée. Eh bien, une idée absolument fausse ne saurait aussi généralement s'établir ni surtout le faire d'une façon aussi durable. L'erreur porte en soi des germes de mort qui l'empêchent de vieillir.

Voyons donc comment on a pu récemment, et avec de grandes apparences de vérité, la battre en brèche et même la rejeter complétement.

Un des plus savants médecins de la marine, M. J. Rochard, a démontré, à l'aide de statistiques et d'observations personnelles considérables, que " les voyages sur mer accélèrent la marche de la tuberculisation beaucoup plus souvent qu'ils ne la ralentissent "; seulement, on voudra bien considérer les conditions spéciales des sujets observés par M. Rochard: il s'agit de

marins, de marins à bord de navires de l'Etat, qui ne peuvent choisir ni leurs aises ni leur latitude; astreints aux plus rudes travaux, et par tous les temps,—travaux plus rudes surtout par les plus mauvais temps,—exposés alors au vent qui souffle en tempête, au froid, à la pluie, à la lame; conservant de longues heures leurs vêtements trempés d'eau de mer; dormant entassés la nuit dans des cabines étroites, encombrées et infectes; nourris le jour d'aliments grossiers et indigestes; c'est-à-dire qu'il s'agit d'hommes réalisant à eux seuls le maximum des conditions antihygiéniques les plus tuberculisantes. Combien sont différentes les conditions du gentleman qui, tuberculeux, frète son yacht, l'aménage le plus confortablement qu'il peut, puis le dirige où il veut, comme il veut et quand il veut! Ce sont de tels faits (et il en est) qui sont probants, quant à l'efficacité des voyages maritimes chez les tuberculeux, les tuberculeux apyrétiques, les tuberculeux insulaires, habitués de plus ou moins longue date à l'influence de l'air marin. Sans même invoquer ces faits exceptionnels, en raison des conditions de fortune qu'ils supposent, il faut, comme le fait remarquer si judicieusement M. Fonssagrives, "tenir compte des données nouvelles que les voyages libres, confortables, s'opérant dans des parages choisis et dans une bonne saison, introduisent dans le problème d'hygiène thérapeutique. On peut conseiller aux phthisiques une série d'excursions sur les paquebots spacieux et confortables qui sillonnent la Méditerranée: l'avantage du changement d'air combiné avec celui d'une diversion intellectuelle exerce une influence favorable sur la nutrition."

J'ai déjà eu l'occasion de vous parler de ce jeune phthisique "qui passait son temps sur les paquebots allant d'Alger à Marseille et s'en trouvait bien."

Quant au mode d'action si complexe de l'homme en mer qui se trouve agir même au repos, nul n'en a plus complètement et plus finiment que M. Fonssagrives analysé tous les détails; on ne saurait mieux faire que de le citer.

"La station debout ou la progression sur le pont d'un navire à la mer nécessitent des efforts continuels. Les muscles ne peuvent avoir un seul moment de repos; dans le sommeil même, des contractions, commandées par l'instinct, s'exécutent encore et luttent contre les forces de la pesanteur. Dans la station debout sur un navire secoué par la mer, les muscles qui étendent et qui fléchissent le tronc, ceux qui lui impriment des mouvements de torsion latérale, les leviers actifs que constituent les membres, entrent en action successive ou simultanée, et leur fonctionnement, dont le maintien d'un équilibre toujours menacé

est le but, ne saurait se prolonger sans nécessiter une dépense considérable d'innervation. A plus forte raison dans la marche sur le navire."

Il n'y a pas jusqu'à l'état nauséeux—au moins des premiers jours—qui ne soit un agent décongestionnant et, pour sa part, bienfaisant.

Pour toutes ces raisons—et malgré l'ennui que j'éprouve d'être en désaccord avec mes éminents collègues MM. Rochard et Leroy de Méricourt—je crois, avec M. Fonssagrives, que "les voyages sur mer exercent une influence favorable sur la nutrition dans les maladies chroniques"; et, en particulier, chez les tuberculeux qui réalisent les conditions individuelles et sociales signalées tout à l'heure: j'ai été frappé de tels cas, et je vous les indique.—(*A suivre.*)—*Bulletin Général de Thér. Méd. et Chir.*

—

Traitement de l'érysipèle.—Prof. HARDY.—Bien des moyens ont été conseillés et employés dans le but de guérir l'érysipèle. C'est une bonne maladie pour la thérapeutique, car elle a une tendance naturelle vers la guérison, et elle se termine ordinairement bien. Je ne veux pas dire, cependant, que la médication soit indifférente, car un traitement intempestif peut diminuer les chances probables de guérison. Je crois donc nécessaire d'entrer dans quelques détails sur ce qu'on doit faire et sur ce qu'on doit éviter, en face d'un érysipèle.

Il fut un temps, et ce temps n'est pas très-éloigné, où les malades atteints d'érysipèle étaient soumis aux émissions sanguines générales ou locales; il'ntensité du mouvement fébrile, l'existence de phénomènes qu'on devait rapporter à une congestion cérébrale, semblaient justifier cette pratique, aujourd'hui justement condamnée par l'observation. Les saignées n'ont aucune utilité ni sur la marche de la maladie, ni sur l'intensité des symptômes cérébraux; elles sont nuisibles, en ce sens, qu'elles affaiblissent le malade et qu'elles diminuent la résistance vitale; elles paraissent prédisposer au développement des phénomènes nerveux et adynamiques. A moins d'une indication toute spéciale et toute individuelle, il faut donc s'abstenir de tirer du sang aux malades atteints d'érysipèles, j'ajoute que cette pratique d'abstention est aujourd'hui à peu-près généralement adoptée.

Il n'en est malheureusement pas de même de l'emploi de la médication évacuante; soit dans le but de combattre l'embarras gastro-intestinal qui accompagne habituellement l'érysipèle,

soit dans l'intention d'employer un moyen dérivatif contre l'inflammation locale et contre les phénomènes cérébraux, la plupart des médecins prescrivent, au début de l'érysipèle, soit un vomitif, soit un éméto-cathartique, et reviennent à plusieurs reprises à l'administration d'un purgatif, pendant le cours de la maladie. Pour ma part, je regarde cette méthode comme inutile, et je ne puis m'empêcher de dire qu'elle peut être nuisible dans certains cas. Les symptômes d'embarras gastrique et de congestion cérébrale se dissipent ordinairement spontanément avec la fièvre, sans qu'il soit besoin de les combattre par des évacuants, et j'ai vu souvent une diarrhée fâcheuse s'établir à la suite de l'emploi des purgatifs, laquelle, amenant de la faiblesse et de l'adynamie, aggravait la maladie et en prolongeait la durée. Le plus ordinairement, il suffit de lavements émollients ou laxatifs pour combattre la constipation; et, s'il faut recourir aux évacuants, il faut s'adresser à un purgatif très-léger, donné à plusieurs jours de distance, soit à un ou deux verres d'une eau minérale purgative, eaux de Pullna, de Birmensdorf ou d'Hunyadi-Janos. Vers la fin de la maladie, alors que la fièvre a diminué ou cessé, si l'appétit ne revient pas et si les signes de l'embarras gastrique persistent, il me paraît cependant indiqué d'avoir recours à un purgatif salin ou à une dose modérée d'huile de ricin. J'ai vu souvent, à ce moment, l'administration d'un purgatif accélérer la convalescence.

On doit être également très-réservé dans l'emploi des narcotiques, auxquels on est tenté d'avoir recours pour calmer l'agitation nerveuse, l'insomnie, et même le délire. Il n'y a pas d'inconvénient à faire prendre aux malades, le soir, en pilules ou en potion, quelques centigrammes d'extrait aqueux d'opium (de 2 à 5 centigrammes), ou 15 à 20 grammes de sirop diacode, dans le but de leur donner du repos et du sommeil; mais on peut le plus souvent s'en passer, et, à moins d'indication spéciale, il faut s'abstenir de bromure de potassium et du chloral, souvent mal supportés par l'estomac. Chez les alcooliques, on se trouve bien de l'administration de l'opium à haute dose (5 à 15 centigrammes d'extrait) pour combattre l'agitation et le délire.

Chez les individus affaiblis par l'âge, par une maladie antérieure ou par toute autre cause, on emploiera avec avantage la médication tonique, et particulièrement une préparation de quinquina, une potion alcoolique; mais on ne doit pas employer ces moyens d'une manière banale, et dans tous les cas, ils sont parfaitement inutiles chez la plupart des malades, et ils peuvent quelquefois déterminer des phénomènes d'inflam-

mation gastro-intestinale. Ils sont, au contraire, parfaitement indiqués pour soutenir les forces des malades lorsque l'érysipèle se prolonge au-delà du terme ordinaire, et surtout dans le cas d'érysipèle ambulant.

En somme, lorsque l'érysipèle est simple et sans complication, on doit se contenter de laisser le malade au repos, de ne lui prescrire que du bouillon ou quelques très-légers potages, et de lui faire prendre quelques boissons rafraîchissantes, telles que l'eau d'orge, l'orangeade, la limonade, les solutions de sirops de cerises, d'orgeat ou de groseilles, ou même simplement de l'eau ou de la limonade vineuse, en entretenant la liberté du ventre avec des lavements et en combattant la céphalalgie du début par quelques sinapismes appliqués momentanément aux extrémités inférieures. Il faut savoir également qu'il est inutile d'entretenir autour du malade une atmosphère trop chaude et qu'on ne doit couvrir que très-modérément la partie malade; les mouchoirs, la ouate à l'aide desquels on enveloppe le visage et la tête des personnes affectées d'érysipèle de la face, ne font qu'augmenter la chaleur locale et les phonomènes congestifs qui existent déjà du côté de la tête.

Quant aux applications locales, on a vanté, pour calmer l'intensité des phénomènes inflammatoires, les lotions émollientes, les applications de compresses trempées dans une solution de sulfate de fer. conseillées par Velpeau, les onctions avec de l'axonge ou avec de l'onguent mercuriel; ces moyens son complètement inutiles. J'en dirai autant des remèdes proposés pour arrêter l'extension de l'érysipèle, qu'on a tenté de borner au moyen d'une ligne tracée avec du nitrate d'argent ou d'une application de collodion, et même d'un vésicatoire en dehors de la partie rouge et tuméfiée; ce sont là des barrières impuissantes, qui ne peuvent en rien arrêter les progrès de l'éruption, tant qu'elle n'est pas arrivée à son terme naturel. Pour diminuer la douleur locale ainsi que le sentiment de chaleur et de tension qui accompagnent ordinairement l'érysipèle, le mieux est de faire quelques lotions avec une infusion tiède de fleurs de sureau ou de tiges de métilot, puis de saupoudrer la partie malade avec une poudre inerte, avec de l'amidon, de la poudre de lycopode ou même de la farine de froment.

D'après ce que je viens de dire du traitement de l'érysipèle, on voit que je préconise tout particulièrement, dans le traitement de cette maladie, ce qu'on appelle la méthode expectante; c'est, en effet, ce qu'il y a de mieux à faire dans les cas simples. Lorsque la maladie revêt la forme ataxique, il faut alors agir plus vivement, avoir recours à l'opium, au musc, au bromure de potassium, au chloral, aux purgatifs, et particu-

lièrement au calomel. Lorsqu'il se développe des phénomènes adynamiques, ce qui arrive surtout chez les gens débilités, et lorsque l'érysipèle vient compliquer une autre maladie, c'est aux toniques qu'il faut s'adresser et de préférence aux préparations de quinquina, aux boissons vineuses et à la potion de Tood. Chez les alcooliques, l'opium à assez haute dose administré, soit en potions, soit en injections sous-cutanées, et les préparations contenant de l'alcool, constituent le traitement le plus efficace, pour calmer le délire et les phénomènes ataxiques.

J'ai parlé des érysipèles périodiques qui récidivent quelquefois à une époque très-rapprochée; On a conseillé, dans ces cas, le sulfate de quinine administré plusieurs jours avant le moment où la maladie doit reparaître. J'ai vu le plus ordinairement ce médicament ne pas produire l'effet anti-périodique qu'on en attendait, et j'ai plusieurs fois réussi à arrêter la réapparition des érysipèles périodiques en appliquant aux malades un vésicatoire au bras, lequel était entretenu pendant plusieurs mois.

L'érysipèle est une maladie susceptible de se transmettre par contagion. . On doit donc parler de son traitement prophylactique qui consiste dans l'isolement des malades. Ce que j'ai dit des rapports entre l'érysipèle et la fièvre puerpérale doit faire penser au médecin qu'il devra éloigner les femmes en couches des malades atteints d'érysipèles, et éviter entre eux les communications même médiates.

J'ai cru devoir entrer dans tous ces détails relatifs au traitement de l'érysipèle, parce qu'ils ont une importance pratique considérable; j'ai insisté plutôt sur ce qu'il ne faut pas faire que sur les moyens à employer contre une maladie qu'il faut plus surveiller que combattre. C'est, en effet, en laissant l'érysipèle suivre son cours régulier, en se contentant de soutenir les forces des malades et de combattre les complications, lorsqu'elles se présentent, qu'on arrive à voir la maladie se terminer presque constamment d'une manière favorable, et la mort n'être plus qu'une exception malheureuse.—*Revue de Thérap. Méd. Chir.*

—

Du traitement des névralgies essentielles. — La thérapeutique est en apparence très-riche pour la guérison des névralgies: mais cette richesse même indique que, jusqu'ici, le vrai remède n'a pas été trouvé. Il existe, sans doute, des traitements classiques d'une efficacité incontestable; tels que les révulsifs en général, l'emploi de la morphine par les méthodes épidermique et hypodermique; mais ces moyens, sans

parler d'autres inconvénients, sont douloureux et ne répondent pas le plus souvent au résultat voulu.

Les névralgies, comme on le sait, siégent de préférence dans les nerfs superficiels sous-cutanés. On a donc songé souvent à atteindre ces nerfs par l'application, à l'endroit même du mal, de remèdes susceptibles d'être absorbés et d'agir par cela même directement sur le nerf. La recherche d'une méthode aussi simple que facile, n'occasionnant aucune douleur, ne laissant aucune trace devait nécessairement tenter l'esprit des chercheurs. M. Andt, pharmacien chimiste à Valenciennes, s'adonnant à cette étude vient de trouver un remède qui, d'après nous, répond entièrement aux données précédentes.

Nous avons longuement, depuis dix-huit mois, expérimenté ce remède, désigné sous le nom de Menthol par son auteur, et nous croyons, dans l'intérêt de tous, devoir donner ici les résultats dont nous avons été parfois émerveillés.

Ces expériences fort nombreuses ne peuvent malheureusement être toutes rapportées ici ; aussi ne citerons-nous que les principales :

1° Névralgie sus-orbitraire, 10 cas ; 2° névralgie temporale, 4 cas ; 3° névralgie sous-orbitraire, 1 cas ; 4° névralgie occipitale, 3 cas ; 5° névralgie auriculaire (Otalgie), 2 cas ; 6° névralgie intercostale, 12 cas.

Ces trente-deux cas de névralgies diverses nous ont donné trente-deux succès complets après une seule application du Menthol à l'aide d'un petit pinceau. Deux fois seulement nous avons dû recourir le lendemain à un second badigeonnage, pour deux cas de névralgie intercostale datant de plus de quinze jours. La durée de l'application du remède a été de une à quatre minutes. Dans les deux cas d'otalgie, nous avons appliqué le remède en avant et en arrière du pavillon de l'oreille avec un plein succès dans le premier cas. Dans le second cas, nous avons introduit, à l'entrée du conduit auditif, une boulette de coton imbibée de Menthol et légèrement exprimée ; ce coton n'a pu être supporté que quelques secondes, mais a enlevé la douleur instantanément.

7° Névralgie dentaire : 12 cas.

Dans les cas de névralgie dentaire, sans carie bien avancée, le succès a toujours été complet dès la première application que nous faisions sur la joue au niveau de la dent douloureuse. Dans quatre cas le succès a été moins prompt ; deux fois il a fallu recourir à une seconde application du remède et dans deux autres cas le succès a été moins prompt ; deux fois il a fallu recourir à une seconde application du remède et dans deux autres cas les applications sur la joue, réitérées plusieurs

fois n'ayant produit qu'un soulagement sans rémission complète de la douleur, nous avons introduit dans le conduit auditif, pendant quelques secondes, une boulette de coton imprégnée de Menthol et aussitôt après la douleur avait disparu. Pour cette dernière application nous recommanderons de ne pas introduire le coton profondément dans le conduit auditif, de l'exprimer un peu avant son introduction afin qu'il ne coule pas de liquide dans les parties profondes du conduit dont la sensibilité est fort grande. Quand la dent est cariée, on obtient le même résultat en promenant le pinceau sur la gencive douloureuse et en introduisant dans la cavité une boulette de coton légèrement imprégnée de Menthol.

8° Gastralgie : 4 cas.

Trois de ces cas sont personnels, le quatrième a été observé par notre confrère le docteur Lehnertz, qui a obtenu un succès complet au moyen d'une seule application.

9° Douleurs rhumatismales : 8 cas.

Dans les douleurs rhumatismales vagues, qui ne sont accompagnées ni de fièvre, ni de gonflement, le Menthol est un calmant héroïque. Dans ces huit cas, une ou deux applications de ce médicament ont toujours suffi pour avoir raison de ces douleurs.

10° Lumbago traumatique : 3 cas.

Deux de ces cas appartiennent au docteur Lehnertz et un à nous. La guérison de cette douloureuse afiection n'a pas dépassé trois jours ; les applications étaient faites matin et soir. Dans un cas, dix sangsues avaient été appliquées sans produire aucun soulagement. Ces cas concernent des ouvriers qui avaient gagné leur lumbago en faisant des efforts et que la douleur et l'impossibilité de se mouvoir clouaient sur leur lit.

Nous avons encore employé le Menthol dans deux cas de contusion de l'épaule chez des malades qui, au bout de huit à dix jours, souffraient encore beaucoup et ne pouvaient lever le bras. Une seule application, un peu plus prolongée que dans les cas de névralgie, a suffi pour leur rendre l'usage de leur membre.

11° Migraine : deux cas.

La simple céphalalgie est souvent confondue par le public avec la migraine et nous ne connaissons pas de remède plus efficace que le Menthol pour la faire disparaître en quelques instants ; nous pourrions en citer un grand nombre de cas même lorsqu'elle est accompagnée de fièvre. En est-il de même dans la migraine ? Nos observations ne sont pas très-nombreuses sur ce point. Mais, si l'on ne peut espérer que le Menthol guérisse radicalement la migraine, nous avons pu

constater sur nous-mêmes et sur un de nos clients, que lorsqu'il est employé dès le début du mal et avant l'invasion des phénomènes du côté de l'estomac, son usage enraye complètement l'accès. Nous avons réussi de cette façon six fois sur nous-même et sur une de nos malades, à faire avorter au bout d'une heure des accès qui duraient d'habitude vingt-quatre heures.

Voilà les faits tels que nous les avons observés. Ils sont, comme on le voit, très-concluents.

Mais, en somme, qu'est-ce que le Menthol ? C'est simplement un anesthésique local des plus puissants, car, en effet, après en avoir badigeonné le dos de notre main pendant cinq minutes nous avons pu traverser la peau de cette région avec une épingle sans ressentir en quoi que ce soit la sensation d'une piqûre.

Nous souhaitons et nous désirons vivement que d'autres confrères contrôlent nos observations par les leurs; mais nous pouvons néanmoins affirmer dès à présent, en face de pareils résultats, que le Menthol est un des agents les plus précieux, que l'on ne saurait trop vulgariser pour le soulagement de l'humanité.—*Le Médical.*

—

Note sur l'administration du fer dans la phthisie pulmonaire et l'anémie des vieillards.—Dans le numéro du 7 août 1878, du *Practitionner*, le docteur W. Crighton préconise l'administration du fer dans certaines formes de la tuberculose. L'observation clinique lui a démontré depuis 25 ans que cette médication doit être placée à côté de celle par l'huile de foie de morue.

Avant lui, le docteur Catton avait obtenu des résultats analogues à l'hôpital spécial de Brompton. Sur une série de 25 malades soumis au ferrugineux, l'appétit s'est maintenu dans de bonnes conditions, et il ne s'est manifesté ni hémoptysie, ni autres symptômes fâcheux.

"Le fer, écrivait-il, est un auxiliaire très-utile dans le traitement d'un nombre considérable de phthisiques. Il est presque toujours bien supporté et tend à augmenter l'appétit et à améliorer la digestion. Il est spécialement indiqué chez les enfants et les jeunes gens."

Le docteur Cotton se servait à cette époque de vin ferré, mais aujourd'hui l'utilisation du fer dialysé s'est généralisé avec succès dans la pratique des médecins anglais.

Nous avons déjà signalé à plusieurs reprises la valeur des gouttes martiales concentrées de M. Bravais. Cet excellent

produit, très-soluble, parfaitement neutre, d'une assimilation prompte, permet toujours un dosage facile (20 gouttes de cette liqueur représentent 0,035 d'oxyde de fer soluble).

Le docteur W. Crighton après avoir fait une étude complète de la médication martiale, met en relief son importance thérapeutique dans le genre d'anémie particulier aux vieillards.

Chez eux aussi, l'aglobulie est manifeste comme dans l'âge adulte, mais toutefois à un moindre degré.

Dans ces circonstances, la première garantie de succès c'est l'administration de doses très-modérées de fer, en donnant de préférence une préparation soluble et facilement assimilable, comme le fer dialysé ci-dessus mentionné.

Quand la digestion languit, qu'il survient de la flatulence, qu'il existe un certain état torpide des sécrétions du foie et de ses annexes, le docteur Crighton conseille d'administrer conjointement au fer des doses modérées de phosphate de soude, de rhubarbe ou de gingembre. Sans oublier les toniques diffusibles, vin de Bordeaux, de Bagnols St-Jean, qui rendent de si grands services, dans tous les cas où il importe de stimuler incessamment un organisme affaibli.

En résumé, dans les modalités morbides que nous venons de passer en revue, la préparation martiale intervient comme l'élément principal d'un traitement hygiénique qui doit dominer toute la situation.—*Journal d'hygiène.*

—

Cancer, *emploi de l'eucalyptus.*—On sait que M. Luton (de Reims) a préconisé l'emploi de l'eucalyptus intra et extra dans le cancer sur une femme de son service atteinte d'un vaste cancer en curasse occupant une partie de la paroi antérieure du thorax. M. Besnier, à l'hôpital St-Louis, a expérimenté cette médication qui a paru donner d'assez bons résultats. Cette femme prenait chaque jour six capsules d'eucalyptol ; en outre, la plaie résultant de l'ulcération cancéreuse était pansée avec le mélange suivant :

Liniment oléo-calcaire : 8 onces.
Alcoolature d'eucalyptus : 1 once.

C'est là un mode de traitement à expérimenter et qui dans cette circonstance a paru modifier avantageusement l'aspect de la plaie.—*Journal de méd. et de chir. prat.*

—

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES

Considérations pratiques sur l'hydrocèle.—L'opération de l'hydrocèle est une des premières que le jeune médecin soit appelé à pratiquer. Il lui importe donc grandement de bien connaître cette affection. Dans cette leçon, M. Després se propose d'étudier rapidement quelques points de son histoire.

ÉTIOLOGIE. — Les causes les plus ordinaires de l'hydrocèle sont au nombre de trois, à savoir : l'*orchite*, le *froissement des bourses* par causes diverses et l'*équitation*. Lorsque la production de cette affection ne se rattache à aucune de ces trois causes, il convient de l'attribuer à une prédisposition individuelle, qui est presque toujours *le rhumatisme*.

L'hydrocèle de cause rhumatismale s'observe très-fréquemment. Sous l'influence de cet état diathésique, il se produit aisément une petite collection de sérosité dans la tunique vaginale. Que le sujet se livre à des travaux pénibles, à de longues marches, la position déclive de la partie aidant, cette exsudation devient de plus en plus abondante.

TROIS ESPÈCES D'HYDROCÈLES,—Il y a trois espèces d'hydrocèles : l'hydrocèle aiguë, l'hydrocèle chronique et l'hydrocèle épididymaire.

1°, 2°. — HYDROCÈLE AIGUE; HYDROCÈLE CHRONIQUE. — Le développement de la tumeur se produit en un laps de temps très-variable. Il en est qui, en quinze jours, trois semaines, deviennent aussi volumineuses que d'autres dans un intervalle de six ou huit mois.

La *composition* du liquide est la même dans l'hydrocèle aiguë que dans l'hydrocèle chronique. Dans l'une comme dans l'autre, on peut noter la même fluctuation, la même tension de la tunique vaginale et de l'enveloppe scrotale.

Dans l'hydrocèle aiguë, caractérisée par la production rapide d'une sérosité simple, la *transparance* et très-grande. Lorsque le développement du liquide se fait lentement, la tunique vaginale irritée, épaissie par le dépôt de cellules épithéliales, rend cette transparence obscure et parfois nulle.

Le PRONOSTIC est absolument le même dans les trois espèces d'hydrocèles. Dans les deux premières, abandonnée à elle-même, la tumeur acquiert un volume de plus en plus considérable. On a vu, plus d'une fois, la collution atteindre les proportions d'un litre et demi, et le scrotum acquérir le volume d'une tête d'adulte.

Quelle que soit l'abondance du liquide, l'opération, quand elle est bien faite, est presque invariablement suivie de succès.

3°.—HYDROCÈLE ÉPIDIDYMAIRE. Il est une variété beaucoup plus rare d'hydrocèle, dont il se trouve en ce moment aussi un exemple dans le service. C'est l'hydrocèle dite épididymaire. Cette variété donne lieu à une divergence d'opinion entre les auteurs qui traitent des maladies du testicule. On peut la confondre avec les kystes spermatiques, avec ou sans spermatozoaires. Chez le malade dont il s'agit, cette confusion serait possible, si l'affection ne s'était pas développée sous les yeux de M. Desprès.

L'hydrocèle épididymaire est constituée par une tumeur scrotale bilobée. L'un des lobes, l'inférieur, est dur. C'est le testicule. L'autre lobe, le supérieur, est mou, fluctuant; il offre de la transparence. Il est constitué par une poche formée par un diverticule de la tunique vaginale. La ponction exploratrice constitue le meilleur moyen de préciser le diagnostic. Cette variété d'hydrocèle ne diffère pas des deux autres, pour ce qui a trait au pronostic et au traitement.

MARCHE.— Quelle que soit leur variété, toutes les hydrocèles ont tendance à l'accroissement. On a cependant noté quelques cas de guérison spontanée. M. Desprès en a recueilli un exemple. Voici ce qui se passe, dans ces conditions si exceptionnellement favorables.

La tunique vaginale s'épaissit; il s'établit des diverticules, des cloisonnements. Le liquide se résorbe en grande partie. Il n'en reste plus qu'une petite proportion, et, à la longue, la sérosité peut totalement disparaître.

Mais ces cas heureux sont de très-rares exceptions. Le plus souvent le volume de la tumeur augmente de plus en plus, et la tumeur devient, pour les malades, une telle source de gêne, qu'ils finissent par prendre le parti de réclamer l'opération.

COMPLICATION.—Chacune des trois variétés de l'hydrocèle est susceptible d'inflammation. Cette complication peut se produire à la suite d'une orchite, d'une prostatite, d'une cystite du col ou du corps de la vessie, d'une fausse route résultant d'un cathétérisme malheureux. Ces diverses causes peuvent déterminer une *vaginalite*, avec suppuration de la tunique vaginale.

En pareils cas, il faut bien se garder de pratiquer des incisions. Plus d'une fois elles ont occasionné la mort des malades. Mieux vaut alors abandonner la maladie à son cours naturel.

Il se produit un eschare qui s'entoure bientôt d'une phlyctène. Au bout de trois ou quatre jours, le bord de cette eschare se détache et le liquide s'écoule spontanément. Il faut se garder de presser sur ce véritable abcès pour l'évacuer. Au

bout de quarante ou quarante-cinq jours, il ne s'écoule plus de pus, et la guérison ne tarde pas à être obtenue. L'oblitération de la tunique vaginale devient le fait de l'inflammation adhésive. M. Després a vu deux cas de cette nature.

TRAITEMENT.—Les trois espèces d'hydrocèle se traitent de la même façon ; par la ponction, suivie de l'injection iodée.

Le premier mode de traitement a consisté dans la pratique d'une *large incision*. En procédant de la sorte, on perd un malade sur trois.

Vers 1700, Dionis effectuait des *injections d'alcool camphré*.

Un chirurgien du Cap a mis en honneur les *injections vineuses*, qui ont longtemps joui d'une grande vogue.

A dater de 1835, les *injections iodées* sont passées dans la pratique courante. C'est à Velpeau que l'on doit d'avoir institué ce procédé, qu'il a perfectionné plus tard, en utilisant les travaux de Bonnet. Cette méthode est la plus sage, la plus rationnelle et la plus sûre.

L'opération de l'hydrocèle est très-facile à effectuer, à la condition de tenir compte de quelques recommandations :

Le premier soin du chirurgien, c'est de reconnaître la position du testicule.

Autant que possible, on doit faire usage d'un trocart à robinet. Cet instrument présente sur le trocart ordinaire un double avantage. Il empêche la sortie du liquide injecté et préserve de son contact les mains de l'opérateur.

Il est un choix à faire dans le *lieu de la ponction*. La peau du scrotum est sillonnée de vaisseaux qu'il est bon d'éviter. On doit pénétrer dans un point où il ne se trouve aucun vaisseau capillaire.

Le trocart doit être saisi de façon à ce que le doigt ne laisse qu'une longueur de 0,02 à partir de la pointe. De cette façon, *on évite sûrement de blesser le testicule* et de *transpercer de part en part la tunique vaginale*.

Pour obtenir l'expulsion du liquide, il ne faut exercer aucune compression. La contraction du dartos détermine naturellement cette évacuation. Si, par suite des grandes proportions du liquide, cette membrane a perdu sa contractilité, il suffit de soulever les bourses pour que l'écoulement de la sérosité s'effectue de lui-même.

Convient-il d'évacuer la totalité du liquide ? A cette question, M. Després répond par l'affirmative.

L'injection doit elle être assez abondante pour remplir la cavité vaginale : Cette mesure ne semble pas indispensable au professeur. Il recommande seulement d'effectuer des manipulations tendant à mettre le liquide injecté en rapport avec tous

les points de la séreuse à modifier. Cette précaution prise, il n'y a plus qu'à évacuer la totalité de ce même liquide.

Les *injections abondantes* peuvent présenter un *danger :* la *pénétration dans le péritoine.* M. Després a été témoin d'un cas de cette nature. Le malade a succombé à une péritonite. La même catastrophe est arrivée entre les mains de Jarjavay, dans un cas, cependant, d'hydrocèle peu volumineuse et irréductible.

On a voulu attribuer ces péritonites à une transmission de l'inflammation. Tel n'est pas l'avis de M. Després. Il croit que ces accidents ne se produisent qu'alors que la tunique vaginale présente une communication avec le péritoine.

Choix du liquide de l'injection. — *Ses proportions.* — Pour la pratique de l'injection, M. Després a recours à la teinture d'iode, du codex, additionnée d'une petite quantité d'iodure de potassium. Il l'emploie constamment à l'état de pureté. Les proportions en sont variables selon la capacité de la cavité vaginale. Pour les petits hydrocèles, il suffit de 40 grammes, de teinture. Cette proportion doit être portée de 60 à 80 gr. pour les hydrocèles volumineuses. Contrairement à l'habitude de Velpeau, qui, le premier, abandonna la teinture au sein de la cavité vaginale, le chirurgien de Cochin l'en retire en totalité, précaution prise de l'avoir mise en contact avec chacune de ses parties. Ce liquide, cependant, laissé à demeure, n'est la source d'aucun accident. Autant une seule goutte de teinture d'iode, injectée dans le tissu cellulaire, expose à la gangrène, autant la présence d'une cuillerée à bouche de cette même teinture dans la cavité vaginale est inoffensive.

L'injection faite, on serre, entre deux doigts de la main gauche, la paroi vagino-scrotale sur l'extrémité de la canule, que l'on retire de la main droite. On applique le pouce sur la piqûre, que l'on obture ensuite avec deux croix de malte en sparadrap superposées. Pour soutenir les bourses, on les dépose simplement sur une petite planchette en bois, supportée par les cuisses.

Si la pratique de la ponction cause peu de douleur, il n'en est pas de même de l'injection, qui donne lieu à une vive souffrance, le long du trajet du cordon, jusqu'aux reins. On pourrait croire à une péritonite. Dans ce dernier cas, toutefois, cette douleur s'étend à tout l'abdomen.

L'injection iodée développe une vaginalite franche. Il se produit, pendant un ou deux jours, une forte fièvre. La température peut, par exception, il est vrai, s'élever jusqu'à 40°.

Au cours de l'opération, il ne manque guère de s'introduire de l'*air dans la tunique vaginale.* Il faut si peu s'en préoccu-

per, que quelques chirurgiens ont tenté de baser sur un tel mode un traitement particulier de l'hydrocèle.

De quelle façon agit la teinture d'iode, dans la curation de l'hydrocèle ? Elle développe une inflammation adhésive. A la suite de cette dernière, il se produit quelquefois une adhérence générale entre les feuillets de la séreuse. Quelquefois ces adhérences s'effectuent partiellement. Le plus souvent, il n'en est rien, et l'isolement des deux feuillets reste aussi absolu qu'à la suite de l'orchite.

Lorsque l'opération est bien conduite, sur *mille opérations*, on ne compte pas plus d'*une récidive*. Depuis sept ans que M. Després est chargé du service chirurgical de l'hôpital Cochin, il ne s'est pas vu une seule fois dans la nécessité de la recommencer. Elle est si peu dangereuse, qu'il en a effectué de 200 à 250, sans qu'il ait vu se produire aucun accident.

A la suite de l'opération, après deux ou trois jours, la tumeur reprend son volume primitif. Au bout de 30 à 35 jours, pour les petites hydrocèles, la résorption est opérée. Il faut une quarantaine de jours pour les volumineuses. Le testicule reste quelquefois un an plus développé, plus pendant que celui du côté opposé.

QUELQUES AUTRES MODES OPÉRATOIRES. — Plusieurs autres méthodes ont été proposées pour la cure de l'hydrocèle.

Méthode de Maisonneuve. — Maisonneuve avait recours à un procédé d'une grande simplicité, mais assez étrange. Après avoir retiré le liquide, il l'injectait tel que dans la cavité vaginale. Une telle idée pourrait paraître singulière ? Ce résultat, pourtant, est aisé à expliquer. La sérosité évacuée s'altère vite au contact de l'air. Elle acquiert ainsi des qualités nouvelles, qui la rendent irritante et apte à produire une inflammation substitutive.

Procédé de Defert, de Metz.—M. de St-Germain a une grande confiance dans le procédé de Defert, qui consiste dans un badigeonnage de la tunique vaginale à l'aide d'une sonde cannelée, chargée de nitrate d'argent.

Cautérisation avec le beurre d'antimoine.—Les médecins italiens ont volontiers recours à la cautérisation de la séreuse, au moyen d'un petit pinceau imbibé de beurre d'antimoine.

Ces procédés, assurément: sont souvent couronnés de succès. Mais tous les accidents qu'ils ont produits n'ont pas été publiés. Pourquoi renoncer à une opération aussi simple que sûre, telle qu'elle se pratique avec la teinture d'iode, pour s'exposer à courir vers de semblables aventures ?

Procédé de M. Monod.— M. Monod a proposé, en 1866, un procédé très-simple, peu douloureux et, à ce titre, bien fait pour

séduire l'esprit des malades pusillanimes. Ce procédé consiste à injecter de l'alcool pur dans la cavité séreuse. L'inconvénient de ce mode de faire, c'est qu'il expose à de fréquentes récidives. On en est venu à pratiquer jusqu'à douze ou quinze injections à quelques malades. Si, encore, la guérison était certaine.

Il n'en est pas de même lorsque l'opération est pratiquée avec de la teinture d'iode. Cette opération ne demande aucune instrumentation spéciale. On trouve partout les éléments nécessaires pour l'effectuer. Elle est à la portée des praticiens les plus novices. Elle est sûre dans ses effets. Pour peu que l'on prenne soin de s'entourer des précautions indispensables, elle ne fait courir aucun danger aux malades. M. Després, une seule fois, a vu à sa suite survenir un accident. C'était entre les mains de Velpeau lui-même.

Il s'agissait d'une petite hydrocèle. Ce grand chirurgien se trouvant pressé ce jour-là, jugea convenable d'opérer le malade dans son lit. Mal dirigé, le trocart traversa de part en part la tunique vaginale. La teinture pénétra dans lé tissu cellulaire et détermina la gangrène du scrotum.

Ce danger est facile à éviter. Il suffit, pour cela, de ne pas se presser et d'agir avec circonspection.

Encore une fois, le procédé par la teinture d'iode est le plus simple, le plus sûr dans ses effets. Il donne les meilleurs résultats, même dans les dystes et les hydrocèles épididymaires. Comme, à tous égards, il est supérieur aux autres modes opératoires, n'a-t-on pas les meilleures raisons pour le leur préférer ?—*Revue de Thérap. Méd. Chir.*

—

Note sur l'opération du phimosis par la ligature élastique.—Par le docteur Jude Hue (de Rouen).—Les indications de l'opération du phimosis sont extrêmement nombreuses. Outre les cas, en effet, où l'ouverture préputiale forme obstacle au libre cours des urines ou au passage du gland en érection, le simple allongement du prépuce, par un mécanisme facile à saisir, est la cause fréquente de l'incontinence nocturne des enfants, de masturbations précoces et de pertes séminales.

Si, à ces indications principales et formelles on joint celle de la difficulté d'entretenir dans un état convenable deux muqueuses adossées qui sécrètent une matière sébacée facilement altérable, celle surtout de la contagion presque inévita-

ble dans un coït impur, on comprend que le législateur des Hébreux ait fait de la circoncision une pratique religieuse.

Aussi, sans vouloir soumettre le genre humain à cette salutaire loi de Moïse, est-il permis de penser que cette opération est loin d'être pratiquée aussi souvent qu'elle devrait l'être. Je n'en citerai pour preuve que celle d'un vieillard vigoureusement constitué guéri de rétrécissements et de fistules urinaires multiples que je présentai à la société de médecine de Rouen au mois d'août 1876 et dont le gland était resté captif pendant soixante et dix ans.

Cette non-intervention est due à un certain nombre de causes :

Et d'abord, les autorités ne sont point d'accord sur la valeur relative et les indications de la divulsion, de l'incision, de l'excitation partielle ou totale du prépuce. L'exécution opératoire, toute simple qu'elle paraît, n'est point sans présenter quelques difficultés. La seule section de la muqueuse a été jugée digne de l'attention et de l'ingéniosité de chirurgiens tels que Nélaton, Vidal, Ricord, Sédillot, Le Fort, Panas, pour ne citer que les plus illustres parmi les modernes, et le nombre de procédés et des instruments introduits dans ce but pourrait faire douter qu'il y en eût un d'irréprochable. En tout cas, l'opération du phimosis, quelque simple qu'elle soit, par tous les procédés d'exérèse et de diérèse employés jusqu'ici et qui ont pour moyen l'instrument tranchant, réclame néanmoins une main chirurgicale : il faut bien prendre ses mesures, revenir souvent à deux fois pour sectionner les muqueuses, souvent lier un vaisseau, toujours faire des sutures délicates ou appliquer des serres-fines. De plus, outre qu'elle est soumise naturellement aux dangers de toute opération, elle est sujette encore à certaines complications qui lui sont spéciales ; telles sont l'œdème du prépuce et du fourreau de la verge, la rupture des sutures par les érections, si rebelles et si ennuyeuses dans ces cas. Ce dernier accident n'est pas sans gravité, car il peut en résulter l'échec de la réunion par première intention et la production d'un large bourrelet cicatriciel qui viendra, pour longtemps, entraver les rapports sexuels.

Si l'on ajoute à cela que l'opération est réellement très-douloureuse, qu'elle occasionne pour un adulte une notable perte de temps, que chez beaucoup d'enfants elle devient une opération grave, puisqu'elle ne pourrait facilement être accomplie sans le secours du chloroforme, on s'explique qu'elle ne soit généralement pratiquée que dans les cas urgents, quand le patient la réclame, et qu'elle ne le soit presque jamais comme mesure préventive des mauvaises habitudes, des accidents et

des contagions qu'un prépuce développé réserve souvent à celui qui le porte.

Procédé de l'auteur. Le procédé que je propose fait disparaître tous ces inconvénients. Il est d'une extrême simplicité, car il suffit de charger, dans une anse de caoutchouc convenablement serrée, la partie médiane et supérieure du prépuce et de laisser au fil élastique dont nous connaissons les propriétés le soin de faire la section.

L'instrumentation se compose d'une aiguille enfilée d'un fil de caoutchouc et boutonnée de cire vierge, d'une pince à pression continue, d'un bout de fil ciré. Il n'y a point besoin d'aides, à moins qu'il ne s'agisse d'un enfant auquel il faille tenir les mains.

L'exécution opératoire peut se diviser en cinq temps qui ne sont, à vrai dire, que des mouvements : 1° marquer à l'encre, sur la partie supérieure et médiane du prépuce, à la hauteur de la couronne du gland, le point où doit émerger l'aiguille ; 2° introduire, jusqu'au point correspondant, l'aiguille sur le prépuce et transfixer celui-ci ; 3° saisir l'extrémité du fil de caoutchouc, venue à la suite de l'aiguille sur la face cutanée du prépuce, et retirer l'aiguille ; 4° réunir en avant les deux extrémités du fil de caoutchouc en exerçant sur elle une légère et convenable traction ; 5° fixer la tension de l'anse élastique ainsi formée à l'aide d'une pince à pression continue qu'on remplace incontinent par une ligature de fil ciré. Le tout s'accomplit en quelques minutes, La seule partie douloureuse de l'opération, la transfixtion du prépuce, est l'affaire d'un instant, ce qui rend l'opération facile chez les enfants et permet de la pratiquer, chez eux, à tout âge, comme mesure préventive des inconvénients et des dangers du port d'un long prépuce.

Les suites de l'opération sont des plus simples. En dix à quatorze jours l'anse élastique tombe et, de dix à vingt jours après, la cicatrisation est complète, sans que le sujet ait eu d'autres précautions à prendre que quelques soins de propreté et de protéger la ligature par un tour de bande.

J'ai, depuis trois années, pratiqué cette opération une trentaine de fois et la guérison a toujours été obtenue dans les quatre semaines qui ont suivi la ligature. Mes amis et anciens collègues M. le docteur Chambé, médecin-major de première classe au 74e de ligne ; M. le docteur Debout, médecin-major au 20e bataillon de chasseurs ; M. le professeur du Cazal, ont bien voulu expérimenter mon procédé et ont pratiqué l'opération vingt-neuf fois. D'après les tableaux exacts qu'ils ont bien voulu me remettre, la guérison a été obtenue, chez les opérés de M. Chambé, du dix-huitième au vingt-neuvième jour ; chez

les opérés de M. Dobout, du dix-huitième au trentième, et du dix-septième au vingt-neuvième jour chez les opérés de M. du Cazal. M. le docteur Helot, chirurgien en chef à l'Hospice général de Rouen, a aussi pratiqué l'opération une douzaine de fois. Ces messieurs, pas plus que moi, n'ont eu l'ombre d'un accident ou d'une complication quelconque.

Aucun de mes opérés adultes n'a, du fait de l'opération, perdu un jour de travail : pourtant, un d'eux était charretier et se livrait du matin au soir à son rude labeur. Un samedi, cependant, vers le huitième jour de la ligature, je trouvai chez ce dernier les bords de la plaie un peu rouges, et, sur mon conseil, il garda le lit la matinée du dimanche. Je n'ai observé qu'une seule fois un gonflement un peu considérable du prépuce. Il survint, vers le cinquième jour, chez un enfant de sept ans qui avait trop joué la veille : deux jours de repos et quelques bains locaux en eurent vite raison.

Le résultat définitif est élégant. De l'avis de tous ceux qui ont pratiqué l'opération, et je pourrais ajouter aux chirurgiens que j'ai déjà nommés MM. les docteurs Millet, Brisset, Ebrtein, Chagnaux et d'autres encore, il est bien supérieur à celui que donnent les autres procédés. La circoncision est une dénudation disgracieuse. L'incision supérieure ou inférieure de la membrane préputiale est, par tous les auteurs, accusée de laisser, de chaque côté du gland, deux pendants de peau qu'on a comparés à des oreilles. Je ne saurais dire pourquoi la division à l'aide de la ligature élastique n'a pas le même inconvénient; ce qu'il y a de certain, comme j'ai mis, à plusieurs reprises, la Société de médecine de Rouen à même de le vérifier c'est qu'elle ne l'a pas ; que le gland, à demi découvert, se présente bien dans une ouverture ovalaire à bords bien ténus et que, au point de vue de la forme, les opérés ne le cèdent en rien à ceux dont le prépuce normalement conformé n'a point subi d'intervention chirurgicale.

En résumé, l'opération du phimosis que je propose est la ligature élastique appliquée à la section de la partie médiane et supérieure du prépuce. Elle se pratique en quelques instants et, autant qu'il est permis de conclure par quatre-vingts opérations environ qui ont été pratiquées à Rouen à ma connaissance, met à l'abri de toutes les complications qui peuvent arriver avec les autres procédés. Elle donne un résultat esthétiquement supérieur et, par sa grande simplicité, met l'opération du phimosis à la portée de tous les praticiens, quelles que soient leurs aptitudes chirurgicales. On pourrait dire que c'est, dans l'espèce, la chirurgie rendue trop facile.

Je crois devoir compléter ce court exposé par quelques considérations pratiques.

Un point important est de ne point trop serrer la ligature élastique, que la section se fasse lentement afin de permettre aux adhérences entre la muqueuse et la peau et même à un commencement de cicatrisation de se produire en arrière du fil. Pour cela, la division doit s'effectuer en dix ou quatorze jours. On comprend que, si elle était beaucoup plus rapide, la plaie qui en résulterait se rapprocherait beaucoup de celle que ferait un instrument tranchant et qu'on serait exposé à en avoir aussi les inconvénients: écartement de la muqueuse et de la peau, hémorrhagie peut-être, guérison tardive suivie d'une large cicatrice.

Il faut néanmoins que la ligature soit assez serrée et reste efficace jusqu'à la fin. Sans cela le fil, entourant lâchement les tissus, ne fait qu'irriter les lèvres de la section, amène leur épaissement et leur induration. Un fait beaucoup plus rare est que le fil élastique détermine si peu d'inflammation sur son passage, que la réunion par première intention, si l'on n'y veille, s'établisse en arrière de lui. L'ouverture du prépuce s'en trouve diminuée d'autant et l'opération peut être à recommencer.

Il est aisé d'éviter ces inconvénients. En revoyant les opérés tous les jours environ, on desserre le fil s'il coupe trop vite, on le resserre s'il est lâche, on écarte les lèvres de la section si elles ont de la tendance à se réunir.

En observant ces simples conseils, qui me sont dictés aujourd'hui par une expérience de plus de cent opérations pratiquées à Rouen tant par moi que par les confrères qui ont jugé favorablement mon procédé, je ne doute pas que ceux qui l'adopteront n'en obtiennent les résultats les plus satisfaisants tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue de la forme.

Comme j'avais l'honneur de le faire remarquer, le 7 août dernier, en présentant à la Société de chirurgie quatre hommes pris au hasard parmi les opérés de mon distingué confrère et ami M. le médecin-major Chambé, le résultat est d'autant plus beau qu'on s'éloigne du jour de l'opération. Ainsi, il restait encore un peu d'induration chez un homme qui avait été opéré le 21 avril précédent; l'induration était à peine perceptible chez deux autres qui avaient été opérés au mois de mars; enfin, chez le quatrième, qui avait été opéré au mois de juillet 1877, les lèvres de la section étaient émoussées et atrophiées, la cicatrice elle-même avait disparu, il fallait la chercher avec grand soin pour en découvrir la trace et il eût été impossible,

à la vue de la verge de cet homme, de soupçonner qu'elle eût jamais été le siége d'une opération.

Le résultat sera évidemment moins parfait et moins prompt si on applique la ligature élastique chez un adulte, pour un prépuce hypertrophié, long et charnu, qui eût été peut-être plutôt justiciable de la circoncision. Néanmoins, même dans ce cas, il ne faudrait pas perdre espoir à la vue du résultat immédiat ; le prépuce, dépourvu de ses fonctions, va commencer un mouvement de recul, de résorption et d'atrophie et tout peut s'harmoniser avec un peu de temps, comme la chose est arrivée chez trois des malades que j'ai dû opérer à l'hôpital du Midi, à la gracieuseté de M. le docteur Horteloup.

Cependant il a toujours été loin de ma pensée que la ligature élastique fût destinée à remplacer tous les autres procédés et dans toute circonstance, quand il existe des adhérences ou une hypertrophie du prépuce par exemple. Mais je suis convaincu, et aujourd'hui d'expérience, qu'elle peut être appliquée avec fruit à découvrir le gland chez le plus grand nombre, qu'elle est d'un avantage inestimable chez les enfants et qu'en rendant l'opération du phimosis à la portée de tous et sans complications à craindre, elle pourra être faite toutes les fois qu'elle apparaîtra nécessaire ou seulement désirable et même comme mesure préventive d'inconvénients possibles à venir.—*Bulletin Général de Thér. Méd. et Chir.*

—

Sur l'emploi de l'acide salycilique pour remplacer l'acide phénique.—Parmi les chirurgiens allemands qui ont recours à la chirurgie antiseptique, les uns sont restés strictement fidèles à la méthode de Lister, d'autres ont suivi Thiersch, tandis que d'autres encore, abandonnant le principe le plus essentiel de la méthode, ont renoncé à opérer au milieu d'un nuage antiseptique ; l'opération terminée, ils se bornent à drainer la plaie et à recouvrir de compresses imbibées d'une solution d'acide phénique.

J'ai expérimenté ce dernier mode de pansement sur une vaste échelle, en substituant l'acide salycilique à l'acide phénique. La simplicité en est telle que, s'il réalise les avantages des procédés de Lister et de Thiersch, *la réunion immédiate exceptée*, il me parait devoir être adopté par tous les praticiens qui ne pourront ou ne voudront suivre la méthode de ces chirurgiens dans toute leur rigueur.

C'est à l'observation clinique à décider.

Chargé pendant deux mois, du 15 août au 15 octobre 1876,

d'un service chirurgical très-étendu à l'hôpital Saint-Jean, où je remplaçais à la fois M. le docteur De Roubaix et M. le docteur Van Hoeter, chefs de service, je fis presque exclusivement un pansement avec les solutions d'acide salicylique. Après avoir essayé divers degrés de concentration, je m'arrêtai à la formule suivante :

Acide salicylique	℥jss.
Borate de soude	℥jss.
Eau	lb ij.

Dist. et filtrez. — (*Journal médical de Bruxelles et art dentaire.*)—*Revue de Littérature Médicale.*

—

Terminaison fâcheuse d'une amygdalite ; danger de l'amygdalotomie en pleine amygdalite.—Le 9 octobre, M. le docteur Hermann, de Mulhouse, communique à la Société de chirurgie une observation d'*amygdalite phlegmoneuse*, compliquée d'hémorrhagie à la suite d'une ulcération de la carotide interne. M. Hermann a lié la carotide primitive correspondante et n'a observé, à la suite, aucun phénomène cérébral. On peut dire que ce malade a eu une fameuse chance et qu'il a été vigourensement traité.

M. Tillaux rapporte qu'un étudiant en médecine s'est enlevé, avec l'amygdalitome une amygdale enflammée. Il se déclara aussitôt une hémorrhagie épouvantable, que M. Verneuil put arrêter ; mais le jeune homme resta exsangue pendant cinq à six mois. Evidemment, le sang venait des vaisseaux propres de l'amygdale.—*Paris médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

—

Accommodation spontanée de la tête du fœtus dans l'excavation pendant le travail.—Vagissement utérin.—Cette observation offre le plus grand intérêt à un double point de vue. Elle nous a été rapportée par notre illustre maître le docteur Noël Guéneau de Mussy.

M. de Mussy assistait une de ses proches parentes, arrivée au terme de sa grossesse, et avait fait appeler son ami M. le professeur Depaul, pour pratiquer l'accouchement.

Mme N... était en travail depuis quelque temps déjà, lorsque M. Depaul arriva et reconnut une présentation de l'épaule. Il

n'était pas encore temps de faire la version, il fallut attendre. Bientôt, comme M. Depaul s'apprêtait à se rendre compte du point où en étaient les choses, Mme N... s'écria que l'enfant venait de faire une culbute très-violente, et qu'il avait certainement changé de position. Je le voudrais, répondit l'éminent accoucheur, mais je n'ose pas l'espérer."

Mais, par le toucher, M. Depaul reconnut aussitôt, à sa grande satisfaction, qu'en effet l'enfant avait changé complétement de position, et que c'était maintenant la tête qui se présentait.

On attendit. Le travail continua régulièrement, mais la tête ne descendait pas et restait toujours au détroit supérieur. Après un temps assez long, voyant que rien ne bougeait et que les forces de la femme commençaient à s'épuiser, il fut décidé que l'on aurait recours au forceps. bien que la tête se trouvât au niveau du détroit supérieur.

Une première tentative n'amena aucun résultat. Une seconde application de forceps fut encore infructueuse. L'instrument fut appliqué une troisième fois sans succès, mais à ce moment on entendit très-distinctement sortir de l'intérieur de l'utérus les vagissements de l'enfant. Le même fait se reproduisit de la même manière dans une quatrième application de forceps et dans une *cinquième* qui amena enfin un gros enfant vivant.

Il n'y a certainement pas eu de méprise dans le cas relaté ici. Les docteurs Noël Guéneau de Mussy et Depaul, présents à l'accouchement, ont perçu fort nettement les vagissements de l'enfant, et cela par trois fois, dans les trois dernières applications de ferceps. "Depaul—a ajouté M. de Mussy—me dit alors que, jusqu'à ce jour, il avait traité d'illusions les quelques faits de vagissement utérin rapportés par les auteurs, mais qu'il était bien obligé désormais d'admettre la possibilité de ces vagissements."

Voilà un fait qui mérite d'être connu et qui, contrôlé comme il l'a été, a une très-grande importance au point de vue de cette question du vagissement utérin, dont l'existence a été si fort contestée, et certainement assez peu démontrée pour que Velpeau ait pu dire plaisamment à ce sujet: "Puisque des hommes dignes de foi l'ont vu, je le crois; mais si je l'avais vu moi-même, je douterais."

Aujourd'hui, le doute n'est plus permis!—*Journal des sages-femmes.—Revue de Thér. Méd. Chir.*

—

Sur quelques remèdes propres à calmer les douleurs du cancer de l'utérus.—Le docteur Aust-Lawrence

a essayé comparativement divers remèdes pour calmer les douleurs du cancer de l'utérus. De ses essais, peu nombreux du reste (20 à 30 cas environ), il résulte que, dans le cancer de l'utérus, l'ergot de seigle administré à la dose de 30 minimes (1 gr. 80) toutes les heures, soulage mieux que d'autres médicaments usités : il fait surtout disparaître ces douleurs pulsatiles qui ne cèdent d'ordinaire que devant la métrorrhagie. Ce médicament agit probablement en diminuant l'afflux du sang dans la matrice.

L'hydrate de croton-chloral est également très-puissant contre les douleurs du cancer utérin. Mais il s'adresse plutôt à ces irradiations douloureuses que l'on observe du côté des lombes, des cuisses, du dos, qu'aux douleurs qui se manifestent au siége du mal.

Comme remède local, l'auteur donne la préférence à l'acide phénique. On applique à l'aide du spéculum et d'un tampon d'ouate sa solution concentrée sur les parties malades, et l'on fait prendre à la malade, matin et soir, une injection d'un glycérolé d'acide phénique.

Enfin, on peut encore recourir avec succès à l'application de petits vésicatoires aux reins, que l'on panse à l'aide d'une pommade à la morphine.—*Med. Times.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

—

Prurit vulvaire. — (Chéron).

Silicylate de soude..... 3j
Eau..... lb ij
M.

En lotions aussi chaudes que possible, et répétées 2 ou 3 fois par jour.

—

Poudre antigastralgique. — (Gallois).

S. Sous-nitrate de bismuth 3j
Rhubarbe pulvérisée..... gr x
Valériane pulvérisée..... gr x
Colombo pulvérisé..... gr x

Mêler et diviser en 5 paquets.
Administrer un de ces paquets au moment des repas.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, MARS 1879.

Rédacteurs :

MM. LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE ET S. LACHAPELLE.

Un peu d'épidémiologie au sujet de la peste.

—

Le dix-neuvième siècle est brillant mais morbide : les maladies malignes ont élu domicile en permanence. Y a-t-il un climat qui n'ait pas sa contage ? La lutte entre la maladie et la science est à son maximum d'intensité : triomphateurs savants de la veille deviennent les vaincus malades du lendemain.

N'importe ; courage ! !

Ce qui préoccupe aujourd'hui le monde médical, c'est la peste :

> La peste ! (puisqu'il faut l'appeler par son nom)
> Capable, en un jour, d'enrichir l'Acheron.

Plusieurs savants avaient prédits l'exportation de cette terrible maladie de son foyer permanent, au sud de la mer Caspienne, à travers l'Europe. Des cosaques se sont chargés de réaliser la prédiction lugubre, jusqu'à un certain point, bien entendu ; car à l'heure que nous écrivons il n'y a que les pays limitrophes de la Russie, tels que l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie qui aient raison de craindre ; c'en est assez néanmoins pour prouver que la peste,—contrairement à ce que l'on croyait,—a bien une puissance d'extension elle aussi, à la manière du choléra.

Cette épidémie redoutable existait en 1877 sur les bords persans de la mer Caspienne à Recht ; au mois de février 1878 elle y était encore ; or nous savons les relations commerciales qui existent entre Recht et Astrakan, de sorte que rien d'extraordinaire que cette maladie ait été signalée à Astrakan au mois de novembre dernier, et se soit répandue dans les environs.

Voilà pour l'origine.

On a émis des opinions contraires, sinon multiples, sur la nature de l'épidémie d'Astrakan. Le rapport du docteur Doppner, médecin en chef des troupes cosaques d'Astrakan nous donne les seuls renseignements que nous ayons à ce sujet; car il ne faut pas compter avec tout ce que les correspondants peuvent dire. Voici ce qu'on y trouve: Les symptômes de la maladie ne sont pas les mêmes partout. Au commencement de novembre les malades sont trouvés dans l'état suivant: une fièvre modérée et intermittente; l'appetit bon, le sommeil normal; les abscès, des glandes de l'aine, du cou, ou des aisselles, qui se sont ouverts donnent une forte suppuration, la durée de la maladie est de dix à vingt jours; tous les malades guérissent.

Au mois de décembre des symptômes nouveaux viennent s'ajouter et présenter pour ainsi dire une maladie nouvelle: violent mal de tête, au front et aux tempes, douleurs dans tous les membres, frissons peu prolongés, précédant des chaleurs très fortes et brûlantes dans la figure et les yeux, le ventre tendu, enflure du foie, le pouls à 100, 120°; cela dure deux ou trois jours; puis la scène change tout à coup: l'inquiétude, l'insommie, le délire. une chaleur de 42°, sécheresse de la langue, déjections très fréquentes et involontaires, urines peu fournis et rougeâtres, convulsions, affaiblissement total des forces, puis la mort, suivie d'une décomposition prompte des cadavres, les taches cadavériques se produisant douze heures après la mort.

A mesure que la maladie vieillit, sa fatalité augmente. Aussi vers le milieu de décembre, au lieu d'une mortalité de 50 pour 100 nous en avons une de 84 à 90 pour 100. Aussi alors nous voyons les personnes atteintes subitement par le fléau redoutable avec des battements de cœur, de l'irrégularité dans le pouls, des vomissements, crachements de sang, la figure pâle, des taches sur la poitrine, le ventre ou le dos, d'une dimension variant de la grosseur d'un pois à celle d'une pièce de dix copecs, une odeur se rapprochant de celle du miel; tous les symptômes paraissant au bout de deux ou trois heures, et la mort survenant dans une seule journée avec le chiffre publié plus haut.

Nos traités généraux de médecine ne nous enseignent pas grand'chose au sujet de la peste; sa place est presque disparue du cadre nosologique. Bien peu d'auteurs de nos jours ont été à même de l'étudier *in animâ vili*. Cependant d'après les notions que nous en avons tous, nous pouvons reconnaître et constater que c'est bien elle qui sévit là-bas dans l'Astrakan et ailleurs, ou que c'est au moins un typhus du genre le plus

aigu, d'une espèce peut-être nouvelle, qui ne nous laisse rien à gagner.

La statistique de la mortalité de la peste nous prouve bien qu'il n'y a pas de remède assez puissant à lui opposer. Le quinine et l'eau de chlore ont été la base des traitements suivis, aidées des préparations phéniquées de toute sorte: la pulvérisation de l'acide phénique a dû se faire partout. Puisqu'il n'y a pas de médication tant soit peu palliative de cette maladie, il ne nous reste que la prophylaxie; il faut empêcher l'ennemi de pénétrer, une fois chez nous il est notre maître. La Russie a-t-elle réellement fait son devoir à ce point de vue: si on en juge par les reproches qui lui sont adressés de tous côtés elle est gravement coupable: on laisse deux régiments de cosaques revenir du théâtre de la guerre sans aucune précaution hygiénique; plus que cela: des villages sont envahis par la maladie et on permet que les habitants, saisis de panique, fuient dans toutes les directions, semant peu à peu le germe de l'affection du côté du nord, dans les provinces de Samara et de Saratof, si bien que l'épidémie atteint bientôt Yarytrin. La plus grande faute qu'on ait commise a été de ne pas préserver cette ville, située sur les bords du Volga, centre industriel et commercial très important, elle est tête de ligne de chemin de fer, et en rapport avec toute la Russie, et par conséquent avec toute l'Europe. Aussi si l'on en croit les dernières nouvelles la peste n'est qu'à quelques heures de Moscou. Gare au czar!

Il est à regretter que l'institution d'une commission sanitaire internationale permanente, qui a été décidée par la conférence de Vienne, ne soit pas déjà en fonction. Cette institution, par la négligence de l'Angleterre et de l'Autriche est encore à l'état de projet. L'hygiène internationale seule eut paralysé la marche de ce redoutable ennemi. Puisse cette négligence coupable des nations leur être une leçon utile.

Quelle est la nature de la peste, comme des maladies épidémiques en général? Comment se développent-elles, comment se propagent-elles? Cette double question posée tour à tour par l'homme du peuple et l'homme de la science, toute naturelle, n'en reste pas moins sans réponse certaine. Ennemies inconnues et traîtres qui nous dira ce que vous êtes! Sydenham disait que la constitution de l'air était épidémique; nous n'en savons guère plus que lui. Cependant les théories modernes veulent résumer le *contagium* des épidémies à des infiniment petits, baptisés de noms divers et que nous fournissent la vie végétale et la vie animale.

Une autre théorie est celle qui dernièrement a fait le tour du monde, et qui trouve aux épidémies une origine planétaire.

Ainsi en 1881 nous devons entrer dans une période malicieuse qui doit durer dix ans et plus, et dont les étoiles et les planètes seront responsables. Cela devient sérieux.

Enfin nous savons tous que nous sommes disposés à chercher dans le sol que nous foulons aux pieds les germes des maladies épidémiques qui ravagent le monde. Le docteur David Manson faisant une description de la dernière peste des Indes raisonne en ce sens : les animaux, dit-il, qui vivent tout près de terre, ou dans des trous sous terre, sont les premiers attaqués. Ceci se remarque surtout avec les rats. Aussitôt que ces petits animaux sont malades, ils laissent leurs demeures en bande, tombent les uns sur les autres et meurent. La même chose se remarque chez d'autres animaux, tels que les moutons, etc. Ils sont tous attaqués par la maladie. Ce doit être là un bon avertissement pour l'homme.

Une dernière théorie est celle de B. Richardson, et qu'on appelle théorie de la sécrétion glandulaire, et qui ferait trouver dans l'économie même les éléments de tout *contagium*. Elle a beaucoup de relation avec la doctrine de Darwin. Nous aurons occasion d'en parler un autre tantôt.

Puisque nous sommes sur ce sujet, nous ferons connaître aux amis ce que le docteur Tschamer vient de publier sur la nature de la coqueluche.

Il y a quelques années le Dr. Svetgerich prétendit que la coqueluche avait pour cause des *infiniment petits*. Cette affirmation vient d'être appuyée par notre savant. D'après lui on trouve dans le crachats des malades atteints de la coqueluche de petits organismes vivants qui ne se rencontrent pas dans les expectorations d'autres maladies. A l'examen microscopique, en effet, on voit apparaître des corpuscules de la grosseur d'une tête d'épingle ; de couleur légèrement jaunâtre. Ce qui est intéressant a constater c'est que ces petits animalcules sont identiques à ceux que l'on rencontre sous forme de points noirs sur les oranges, les pommes, etc.

Voyant cela, le Dr. Tschamer, prit de ces derniers les inocula chez certains animaux, chez l'homme même et produisit des attaques de coqueluche qui durèrent plusieurs jours et présentant tous les caractères de cette maladie.

Définitivement le microscope est le maître.

Les recherches de l'école expérimentale nous obligent donc à conclure que les épidémies ont pour germe créateur un *contagium vivum*. Que n'est-ce là le dernier mot de la science en épidémiologie, l'hygiène publique y gagnerait en précision et en autorité. Chose bien certaine cependant c'est que le mode de propagation de la plupart des maladies contagieuses

est bien connu et de la science et de l'autorité, c'est pourquoi nous n'insistons pas sur ce point compris. Qu'elles se prêtent donc un mutuel concourt contre un ennemi commun et la victoire est assurée.

L'ABEILLE MÉDICALE, *journal de l'Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, etc.*—Nous accusons réception de la première livraison de cette nouvelle revue médicale publiée par l'Ecole de Médecine et rédigée par M. le docteur d'Orsonnens. Ce premier numéro contient entre autres choses, une *protestation* de l'Ecole sur laquelle nous ne faisons aucune remarque, voulant avant tout rester fidèle au programme de l'*Union Médicale*, et nous abstenir de toute polémique, pour ne nous occuper que de sujets scientifiques ou d'un intérêt général pour la profession.

Si l'apparition de l'*Abeille Médicale* a pour résultat de réveiller l'amour de l'étude chez nos confrères de la province de Québec, et de faire en sorte que deux journaux de médecine français puissent y prospérer, quand jusqu'ici, un seul subsistait avec difficulté, nous ne serons pas les derniers à nous en réjouir et à souhaiter la bienvenue à notre nouveau confrère.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 23 janvier

Présidence du Dr. A. Laramée.

Membres présents : MM. Ricard, Brosseau, Dagenais, E. P. Lachapelle, C. Filiatreault, E. H. Desrosiers, A. Ouimet et Sév. Lachapelle.

Lecture est faite du procès-verbal de la séance précédente.—Adopté.

M. le Président donne lecture d'une lettre adressée à la Société Médicale par la Société Française d'hygiène qui lui annonce qu'elle lui a conféré le titre de membre honoraire. M. le secrétaire est chargé de répondre à cette lettre.

Le Dr. E. P. Lachapelle donne lecture d'une étude intitulée : "mode de production des tumeurs en général et histoire d'un "cas de cancer de la glande thyroïde." Elle est suivie d'une discussion.

Dr. Brosseau. Le cancer du corps thyroïde est relativement rare. Cette affection a été l'objet de méprises fréquentes. Nous devons distinguer le cancer primitif du cancer secondaire. Celui-ci est beaucoup plus fréquent. Le cancer envahit quelque fois un corps thyroïde atteint de goître. C'est probablement le cas dans l'exemple que nous avons sous les yeux. Il y a le squirrhe et l'encéphaloïde. Le squirrhe n'est pas très gros; il est inégal, bosselé, son tissu fibreux crie sous le scalpel. Dans l'encéphaloïde, le ramollissement donne lieu a des cavités ou se font des épanchements sanguins. La forme encéphaloïde est la plus fréquente. L'envahissement des organes voisins est la règle. Lebert cite la perforation de la trachée et du larynx, la destruction de la carotide, la compression des nerfs recurrents, du pharynx, de l'œsophage.

La marche du cancer thyroïde est caractérisée par la rapidité très grande de son développement et l'époque très peu reculée de sa généralisation. La mort est due à l'asphyxie le plus souvent et la scène se termine par un accès de suffocation. Il remercie le Dr. E. P. Lachapelle des notions developpées qu'il nous a données sur la nature du cancer.

Dr. Filiatreault. Je crois que la mort est survenue par la pression des nerfs recurrents qui a été cause d'une perturbation nerveuse mortelle.

Dr. Ricard. L'iode n'ayant fait aucun effet, il était donc naturel de conclure à une maladie de nature maligne. La mort probablement a été causée par la paralysie des nerfs importants à la vie, paralysie due à la compression.

Dr. Laramée. Ce qui doit nous frapper dans cette maladie qui a fait le sujet de la lecture, c'est la rapidité de son développement. La personne qui en a été victime a du souffrir plusieurs mois, c'est-à-dire plus qu'elle n'a elle même donné à entendre. Je crois qu'elle est morte d'asphyxie, plutôt que de perturbation nerveuse. Les taches livides trouvées sur les bras, sur la figure, sur le cou; la quantité remarquable de sang trouvée dans les poumons; les toux croupale (ou le cornage) tout cela indiquait la compression; et l'autopsie l'a prouvé, puisque le larynx fut trouvé presque fermé.

Le Dr. H. E. Desrosiers proposera à la prochaine séance, le Dr. L. Smith comme membre de la Société.

Le Dr. H. E. Desrosiers, lecturera à la prochaine séance.

SÉVERIN LACHAPELLE.

Secrétaire.

Nécrologie.

—

TARDIEU.—Un des hommes qui honoraient le plus la profession médicale vient de lui être enlevé; M. le professeur Tardieu a succombé, le 11 janvier, à la maladie dont il était atteint depuis quelques jours.

M. Ambroise Tardieu était né à Paris, le 10 mars 1818. Reçu docteur en 1843, il fut successivement médecin en chef de l'hôpital Lariboisière, membre du Comité de consultation et d'hygiène publique, expert près la cour d'appel de Paris, suppléant et ensuite professeur du cours de médecine légale à la Faculté et doyen de la Faculté de médecine.

M. Tardieu a fait partie du Conseil municipal de Paris, dont il avait été élu membre par le sixième arrondissement, le 15 novembre 1864. Il a été élu membre de l'Académie de Médecine en 1858. Président du Comité consultatif d'hygiène depuis 1867, M. Tardieu était commandeur de la Légion d'honneur.

On a de lui un grand nombre d'ouvrages de médecine et surtout un manuel de pathologie et de clinique médicales. C'est principalement comme médecin légiste que M. Tardieu s'était fait une grande réputation.

CHAUFFARD.—On annonce la mort subite de M. Chauffard, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, qui a succombé à la rupture d'un anévrisme, à l'âge de 55 ans. M. Paul Emile Chauffard avait été reçu docteur en 1846, puis agrégé à la Faculté de Paris en 1857. Il avait d'abord succédé à son père comme médecin en chef des hôpitaux d'Avignon. Peu après son arrivée à Paris, il fut nommé médecin de l'hôpital des Enfants, puis médecin de la Maison municipale de Santé, et enfin professeur à la Faculté. Il était membre de l'Académie de Médecine depuis plusieurs années. Il laisse entre autres ouvrages spéciaux un excellent traité de Pathologie générale.

M. Chauffard n'avait pas toujours su s'attirer les sympathies des étudiants qui fréquentent la Faculté, et l'on se rappelle l'effervescence que causa son cours à l'Ecole de médecine. Les élèves reprochaient ses opinions cléricales à M. Chauffard qui, cependant, était un homme d'une grande douceur et d'une extrême affabilité, et ayant le mérite de posséder des convictions religieuses bien arrêtées et de ne pas craindre de les affirmer en public quand l'occasion s'en présentait. Les étudiants avaient fini par lui rendre une tardive justice!

TRÉLAT.—Le docteur Ulysse Trélat, médecin de la Salpetrière, est décédé récemment à Paris.

MATHIEU.—On annonce aussi la mort de Mathieu, fabricant d'instruments, l'émule de Charrière, et, comme ce dernier, l'artisan d'une belle fortune, honorablement acquise.

CAMPBELL.—Nous apprenons avec regret la mort du docteur Duncan Campbell, président du Collége des Médecins et Chirurgiens d'Ontario. Le docteur Campbell était né en Ecosse, il fit ses études classiques en France, et ses études médicales en Ecosse. Il vint s'établir en Canada en 1834, et depuis lors il n'a cessé de se dévouer à l'avancement des études médicales en ce pays et surtout dans la province d'Ontario.

VARIÉTÉS

Morphinisme et morphiomanie. — La passion de la morphine paraît faire en Allemagne des ravages dont nous n'avons en France qu'une faible idée. Weinlachner, de Vienne, Lachr et Fiedler ont les premiers attiré l'attention sur ce point, en 1872 et '74. M. Levinstein nous transmet aujourd'hui sur ce même sujet, les plus surprenantes révélations. Il connaît, dit-il, toute une catégorie de personnes morphiomanes à un haut degré, et qui non-seulement se trouvent en pleine possession de leur vigueur intellectuelle, mais qui brillaient ou brillent encore, astres resplendissants, à l'horizon scientifique, littéraire et politique. L'une de ces personnalités importantes a soulevé jusqu'au dernier moment de sa vie l'admiration de tout le public éclairé. Des hommes de guerre, des artistes, des médecins, des diplomates de très haute notoriété, sont les esclaves de cette passion: et leur activité n'en est nullement entravée. A l'appui de ces assertions, je lisais il y a peu de jours, dans un journal dépourvu il est vrai d'autorité scientifique, que l'un des hommes d'Etat dont les conceptions pèsent d'un poids décisif dans la balance des destinés de l'Europe est un morphiomane invétéré.

Le spectacle d'hommes adonnés à un travail intellectuel surexcitant leurs facultés, à l'aide de cette ivresse d'un nouveau genre, vous paraîtra peut-être un fait inédit. Mais *nil novum sub sole.* Avez-vous remarqué, messieurs, que lorsqu'on

est préoccupé d'un sujet, l'on note au cours de ses lectures habituelles tel détail auquel ne se fût pas arrêté un esprit non prévenu. On fait parfois ainsi de curieuses trouvailles. Je parcourais, par exemple, il y a peu de temps, dans une revue littéraire, une étude critique et biographique sur un écrivain anglais du commencement de ce siècle, Thomas de Quincey, dont les manières bizarres et l'existence irrégulière indiquent un cerveau originairement mal équilibré. Or, de Quincey faisait de l'opium, pris à titre d'excitant, le plus prodigieux abus, ce qui ne l'empêcha point de mourir en 1859, à l'âge de 74 ans. La plupart de ses *Essais* que les lettrés anglais placent au niveau des célèbres essais de Macaulay, furent écrits sous l'influence de cette ivresse opiacée, dont l'auteur a chaleureusement célébré les charmes dans un style humoristique du plus étrange coloris. De Quincey avait commencé le désastreux usage de l'opium à l'âge de 19 ans. Un étudiant en médecine de ses amis lui conseilla de calmer par le laudanum des accès de névralgie faciale dus sans doute à ses jours faméliques et à ses nuits glacées durant des années de bohême. De Quincey découvrit un pharmacien "béatifique" qui, pour quelques pièces de cuivre, se fit le ministre des plaisirs célèbres. "La "panacée était trouvée, s'écrie-t-il dans ses confessions, j'avais "rencontré, au fond d'une boutique, le secret de ce bonheur "sur lequel les philosophes disputent depuis des siècles. Dé-"sormais, je pouvais l'acheter pour un shelling et l'emporter "dans la poche de mon habit. Je possédais des extases porta-"tives; on pouvait me les mettre en bouteilles, me les expé-"dier par la diligence. On croira que je veux rire, m'enten-"dant parler ainsi. Je puis assurer le lecteur que nul ne rira "longtemps qui en aura fait l'expérience. Un mangeur "d'opium ne rit pas. Les plaisirs de l'opium sont graves, "solennels. Celui qui les éprouve ne saurait, fût-il au comble "des délices, se présenter avec le caractère de l'*allegro;* il "pensera, il parlera toujours comme il convient au *penseroso.*"

Comme tous les intoxiqués de son espèce, de Quincey était, lorsque l'opium lui manquait, dans un état de marasme et d'agacement qu'il décrit de la façon la plus frappante. L'insomnie surtout le tourmentait. Pour arriver à trouver le sommeil, il forçait sa dose de l'audanum et tombait alors, à la manière des fumeurs d'opium chinois, dans des rêves apocalyptiques dont ses confessions nous font un tableau extrêmement remarquable au point de vue littéraire. Il vivait, dit-il, un siècle et une nuit. Il avait des sensations qui lui représentaient un millénaire. Dans les premiers temps de cette surexcitation cérébrale, il ne voyait que merveilles d'architec-

ture, villas et palais tels que l'homme éveillé ne peut en contempler ailleurs que dans les nuages. Un peu plus tard ce furent des océans sans vagues, d'immenses nappes argentées. Ensuite arriva ce qu'il appelle la tyrannie du visage humain. Des figures connues ou inconnues venaient le regarder en face : des millions de têtes flottaient sur les eaux, les yeux grands ouverts et tournés vers lui ; des masques humains pavaient la terre. Ils se levaient implorants, furieux, désespérés, par milliers, par myriades, par générations, par siècles! Enfin des extravagances d'imagination orientale, des animaux hideux, serpents, chimères, crocodiles, prirent possession de son cerveau débilité. De Quincey était graduellement arrivé à absorber quotidiennement *douze onces* ou 360 *grammes de laudanum de Sydenham*, soit 17 *grammes d'opium*, soit encore 5 *grammes de morphine*, sans compter les autres alcoloïdes de l'opium. Par un effort de volonté surhumaine qui faillit plus d'une fois et laissa place à plus d'une rechute, de Quincey reduisit sa dose d'opium à 9 grains ou 45 centigr. Il parvint même en 1848, alors âgé de 63 ans, à s'en abstenir complètement pendant deux mois. Mais il trouva la vie tellement intolérable en l'absence de ce " bonheur en bouteille " dont il avait depuis quarante-cinq ans l'habitude, qu'il y revint de propos délibéré, et non plus, comme il l'avait fait souvent, par involontaire faiblesse.

On le voit, les morphiomanes modernes ont eu au moins un précurseur dans le mangeur d'opium anglais. Toujours est-il qu'aujourd'hui c'est surtout au-delà du Rhin qu'on les rencontre, sans doute à cause de la facilité avec laquelle les pharmaciens allemands, en dépit des ordonnances impériales les plus formelles et les plus récentes, débitent la morphine à tout venant. Un de nos pharmaciens de Lille, me racontait il y a peu de jours, qu'une dame pourvue d'un accent germanique indéniable, était venue dernièrement lui demander *quelques grammes* de morphine. La réponse qui lui fut faite : que ce médicament ne pouvait être délivré que sur ordonnance, parut l'étonner beaucoup et elle se retira en déclarant que les pharmaciens étaient bien plus complaisants dans son pays.—*Revue de Thér. Méd. Chir.*

NAISSANCE.

En cette ville, le 25 février, la dame du docteur J. Gagnon, une fille.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la Neurasthénie.

PAR H. E. DESROSIERS, M. D. L.

(*Lu devant la Société Médicale de Montréal.*)

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESSIEURS,

En venant ce soir présenter à la Société Médicale ce travail sur la neurasthénie, je ne prétends certes pas l'entretenir de choses nouvelles. Tous, aussi bien et sans doute mieux que moi, vous avez été à même de voir de près et d'étudier les symptômes et la pathogénie de cette affection, avec laquelle on avait autrefois confondu tant de maladies, et dont le nom, même aujourd'hui, n'est pas *reconnu* par tous les pathologistes. Je veux seulement, tout en payant à la Société Médicale mon tribut de travail et d'études, essayer de lui faire part des recherches que j'ai cru devoir faire, ainsi que des vues les plus récemment émises sur ce sujet, me permettant d'y ajouter le résultat de mes observations cliniques.

Il n'y a pas de doute que l'étude des maladies nerveuses n'ait pris dans ces dernières années un essor et une extension vraiment remarquables. Les travaux des pathologistes les plus éminents des deux continents, et entre autres de MM. Charcot et Brown-Sequard ont jeté sur la pathogénie encore si obscure de ces affections de nouvelles et puissantes lumières. Quant à la maladie qui va nous occuper plus spécialement ce soir, elle a été étudiée surtout par nos voisins des Etats-Unis, parmi lesquels se distinguent MM. les docteurs Jewell, de Chicago, Mitchell et Goodell, de Philadelphie, et Beard, de New York. Je mentionnerai encore le professeur Erb en Allemagne et Hugh Campbell en Angleterre (1).

(1) Campbell, *Nervous exhaustion and the diseases induced by it.* London, 1874.

Jusqu'à ces derniers temps, la neurasthénie n'a peut-être pas été suffisamment comprise .Le plus souvent, on l'a confondue avec l'anémie générale, l'ischémie de la moëlle, l'irritation spinale et le nervosisme, qui, lui, n'en est à vrai dire que la première manifestation. Bien qu'elle ne soit pas une affection nouvelle, il est pourtant vrai de dire que c'est là une maladie moderne, une maladie de la civilisation, *une maladie du dix-neuvième siècle*, comme on l'a appelée, et le nombre d'individus qui en sont atteints va croissant chaque jour.

Voilà autant de raisons qui m'ont engagé à entretenir de ce sujet la Société Médicale. Nécessairement je ne le ferai que d'une manière incomplète. Le sujet est si vaste que je ne pourrai m'arrêter qu'aux faits principaux.

Qu'entend-on par *neurasthénie* ou *asthénie nerveuse?* Je crois que c'est M. le professeur Barker, de l'hôpital Bellevue, qui a le premier fait usage de ce mot pour désigner l'épuisement du système nerveux dans ses divers appareils. Comme nous le verrons dans un instant, cet épuisement consiste, non pas en une simple anémie ou ischémie globulaire, mais en un affaiblissement réel de la force dite nerveuse, soit dans le système cérébro-spinal, soit dans le système sympathique. Partant de là, on en a fait trois divisions principales : épuisement cérébral ou cérébrasthénie, épuisement spinal ou myélasthénie, et épuisement sympathique, suivant que l'asthénie nerveuse porte surtout sur l'un ou l'autre de ces appareils. La neurasthénie générale comprendrait l'épuisement de tout l'ensemble du système nerveux.

Sous le nom de *neurasthénie* on a rangé bon nombre d'affections souvent assez diverses entre elles au premier abord, mais qu'une observation plus attentive a finalement ramenées au même type. Ainsi, l'*irritation spinale* de Brown, la *neuropathie cérébro-cardiaque*, le *nervosisme* de Bouchut, la *débilité nerveuse*, l'*épuisement sexuel*, l'*irritation cérébrale, la pathophobie*, l'*hystérie physique*, etc., etc., formaient autant de maladies distinctes. Aujourd'hui, bon nombre d'auteurs les regardent comme des manifestations diverses d'une seule et même maladie, l'épuisement nerveux. Pour ce qui est du fait de vouloir ramener à un type commun les affections que je viens d'énumérer, voici comment s'exprime, à ce sujet, M. le professeur Jaccoud :

" L'observation et l'étude attentive des faits m'ont conduit à " considérer comme une seule et même espèce morbide les " états pathologiques qui ont été jusqu'ici décrits comme autant " de maladies distinctes. Sans doute, l'identité n'est pas abso- " lue entre les tableaux présentés par les auteurs sous les

" diverses qualifications précédentes, mais les dissemblances " dans les traits de détail ne peuvent effacer les analogies fon- " damentales, surtout quand il s'agit de névroses d'origine " centrale dont l'expression symptomatique est toujours em- " preinte d'une mobilité qui en est un des plus remarquables " caractères. D'ailleurs, l'analyse physiologique, venant en " aide à l'observation, montre que les principales variétés cli- " niques de ces maladies prétendues différentes sont imputables " à la diversité des localisations du processus pathogénique " dans les centres nerveux, de sorte qu'on peut y voir à la " rigueur les formes multiples d'une espèce morbide unique, " mais non pas assurément des espèces nosologiques distinctes. " La pathogénie vient de son côté dicter cette conclusion et " donner à la fusion que je propose une justification qui serait " suffisante à elle seule. Qu'on se place en effet avec tel auteur " sur le terrain de l'irritation spinale, qu'on aborde avec un " autre celui de la névralgie générale, du nervosisme, de la " névropathie cérébro-cardiaque, puis, qu'on recherche après " cela la modalité pathogénique de chacun de ces états, et les " notions physiologiques qui doivent servir de base à cette " recherche imposent pour tous une interprétation identique, " en montrant comme éléments générateurs constants de ces " formes symptomatiques, l'*anémie cérébro-spinale*, et l'*excita-* " *bilité anormale* des centres nerveux, principalement dans la " *sphère sensitive* et la *vasomotrice*.—Physiologie, pathogénie, " clinique, tout concourt donc pour démontrer l'unité réelle de " ces divers états morbides, qu'une observation insuffisante ou " exclusive a pu seule dissocier à l'égal de maladies diffé- " rentes. "

Nous voici donc en face d'un trouble général de l'innervation caractérisé par des symptômes asthéniques. M. le professeur Jaccoud donne à cette unité nosologique le nom d'*irritation cérébro-spinale* ou de *névropathie cérébro-cardiaque*, et l'a dit, comme nous l'avons vu, liée à l'*anémie* cérébro-spinale. Les pathologistes anglais et américains l'appellent épuisement nerveux (nervous exhaustion) ou neurasthénie (nervous asthenia) et la croient indépendante de l'hypoglobulie et de l'ischémie.

Examinons maintenant cette question.

PATHOGÉNIE.—Maladie essentiellement fonctionnelle, la neurasthénie consiste en un épuisement plus ou moins marqué de la force dite nerveuse. Fatigué par une suractivité qui peut venir de causes diverses, le système nerveux central et périphérique est frappé de langueur et d'asthénie tout comme le sont les muscles surmenés et les organes des sens trop constamment appliqués à leur fonctionnement physiologique. Cette

définition n'est peut-être pas tout-à-fait satisfaisante. On comprendra mal, sans doute, un épuisement quelconque sans altération dans la structure ou la nutrition de l'organe ou de l'appareil épuisé. Aussi la neurasthénie est-elle considérée par le grand nombre des pathologistes comme l'expression d'un manque de nutrition du système nerveux. En effet, il en est de celui-ci comme de tous les autres systèmes de l'économie. Qu'il soit surmené, qu'on lui refuse le repos nécessaire et le temps de réparer sa force moléculaire perdue par le travail auquel il a été soumis, aussitôt on le verra se débiliter. Si donc la neurasthénie est une maladie fonctionnelle, comme je le disais tout à l'heure, ce ne peut être qu'au point de vue de ses manifestations extérieures. Elle consiste essentiellement en une innutrition des centres nerveux et du système ganglionnaire.

Ecoutons le professeur Erb parlant de la *neurasthénie spinale :* " Il est on ne peut plus naturel de croire que nous avons affaire " ici à des altérations nutritives insaisissables (*subtile nutritive* " *changes*) dans la moëlle épinière, altérations que nous " sommes forcés de supposer aussi, au moins pour le présent, " dans tant de maladies du système nerveux..... Nous ne con- " naissons rien encore concernant la nature des altérations de " nutrition qui ont lieu dans cette maladie " (1).

D'après certains auteurs, la neurasthénie et en particulier l'asthénie cérébrale ne serait que le précurseur du ramollissement cérébral soi-disant *idiopathique*. Cette théorie est assez peu admise maintenant.

Quant aux changements dans la *structure* des appareils nerveux épuisés, bien que nos moyens de diagnostic ne nous aient pas encore permis de les découvrir, il n'est pas irrationel de supposer qu'il y en ait. On a signalé entre autres la dilatation permanente des capillaires dans les centres nerveux, en se basant sur les faits physiologiques suivants : Chaque fois qu'un organe est mis en activité, il y a vers cet organe, afflux sanguin et hyperémie active, et nous avons un bel exemple de ce fait dans la congestion de la muqueuse gastrique pendant le travail de la digestion. Si l'organe est surmené, en d'autres termes, s'il fonctionne plus qu'il ne doit d'après les lois naturelles, la congestion se prolonge elle aussi, devient pathologique, et nous avons comme conséquence dilatation permanente des capillaires. A cette hectasie des vaisseaux se joindra nécessairement la stase sanguine (hyperémie passive). Mais ce n'est là qu'une hypothèse, et je la donne comme telle.

(1) Ziemssen's Cyclopedia, vol. XIII.

Avant ces derniers temps, alors que l'on confondait la neurasthénie avec l'anémie générale ou avec l'ischémie, l'on attribuait généralement à celles-ci les symptômes de débilité produits par la langueur nerveuse. Or il est un fait constant, c'est que la neurasthénie non-seulement *peut* exister, mais encore existe dans l'immense majorité des cas sans aucune altération soit en quantité, soit en qualité de la masse sanguine. Il est vrai qu'occasionnellement les sujets atteints d'asthénie nerveuse sont en même temps anémiques, et que, d'un autre côté, l'anémie amène parfois des perturbations nerveuses analogues aux troubles si variés de la neurasthénie, mais il n'en est pas moins vrai de dire que le rapport de cause à effet que l'on avait presqu'universellement admis entre l'hypoglobulie et l'épuisement du système nerveux n'existe que comme exception. Je le répète, ces deux maladies diffèrent essentiellement l'une de l'autre.

D'après l'idée que l'on se forme communément de l'asthénie en général, on serait peut-être porté à croire qu'on n'y doit rencontrer que des symptômes parétiques, ou même franchement paralytiques, des symptômes d'atonie pure et simple. Pourtant, comme nous le verrons bientôt, l'histoire clinique de la neurasthénie nous offre à la fois ou successivement des signes d'atonie et de surexcitabilité. Cela se comprend. Le système nerveux est épuisé, soumis qu'il a été à des excitations trop fréquentes ou trop vives. "L'excitabilité des éléments "nerveux est moins puissante, ses effets sont moins éner-"giques et l'épuisement en est plus rapide."—(Jaccoud). Mais d'un autre côté, par le fait du trouble nutritif dont j'ai parlé il y a un instant, cette excitabilité est mise en jeu par les moindres excitations, excitations qui, chez l'individu sain, ne produisent jamais de tels effets. Si donc d'une part, la réaction est moins puissante, moins durable, (et dans les cas bien prononcés, elle peut être à peu près nulle), d'autre part aussi elle est provoquée par des impressions qui ne devraient pas l'éveiller.

Etiologie.—Nous avons ici affaire à deux ordres de causes. Causes prédisposantes et causes déterminantes. L'hérédité, le tempérament dit nerveux et le sexe féminin constituent les trois principales causes du premier groupe.

L'hérédité joue assurément un grand rôle comme cause prédisposante. Il est, on le sait, des personnes qui naissent avec un système nerveux déjà faible et qui, par conséquent, sont d'autant plus prédisposées à subir l'influence des causes occasionnelles. Il n'est pas rare non plus de rencontrer des familles dont les membres sont tous, plus ou moins, et à des

degrés plus ou moins prononcés, affectés de neurasthénie. Mais l'hérédité ne joue peut-être pas dans la production de cette affection un rôle aussi considérable qu'on a voulu le croire.

Les statistiques assez récentes de Krishaher établissent la fréquence plus grande de la maladie chez l'homme, comparée à sa fréquence chez la femme. Sur trente-huit patients, vingt-deux appartenaient au sexe masculin. Les auteurs américains que j'ai eu occasion de consulter sont également unanimes sur ce point. D'où vient cela? Ne semblerait-il pas que le *sexe féminin* (cause prédisposante) étant plus que l'autre doué du *tempérament* dit *nerveux*, (autre cause prédisposante) dût fournir à l'épuisement nerveux un plus fort contingent de sujets? Essayons d'élucider ce point. Il est vrai que, *en principe*, le tempérament nerveux de la femme, prédispose celle-ci à la neurasthénie, mais *en fait*, l'homme est, beaucoup plus que sa compagne, exposé aux causes déterminantes de la maladie. On peut dire que celle-ci existe *en puissance* chez la femme et *en acte* chez l'homme. Ceci est surtout vrai pour l'épuisement cérébral que l'on rencontre presque exclusivement chez l'homme. Par contre, on constate plus fréquemment chez la femme l'épuisement spinal ou symphatique. Cela se conçoit si on refléchit au fait que l'homme est beaucoup plus que la femme occupé des travaux de l'esprit. " Cependant, depuis que " celle-ci a, en vertu de certaines prétentions, pris elle aussi sa " part plus large dans les travaux de l'intelligence, depuis que " nous avons des femmes-médecins, des femmes-avocats etc, le " sexe faible est en bonne voie de fournir à la cérébrasthénie " sa bonne part de *patientes*." C'est un de nos voisins qui fait cet aveu.

Pour ce qui est de l'âge, on peut dire que les cinq-septièmes des cas ont trait à des individus âgés de 20 à 40 ans, (Jaccoud) l'enfance et la vieillesse en étant comparativement exemptes. Aux Etats-Unis, le plus grand nombre des cas se montrent chez des sujets dont l'âge varie entre 15 et 45 ou 50 ans. En effet, c'est précisément entre ces deux époques que les causes occasionnelles ou efficientes se rencontrent.

Ces causes occasionnelles comprennent tout ce qui fatigue et surmène le système nerveux, de quelque nature que ce puisse être. Ainsi agissent les excès de travail intellectuel combinés ou non avec les veilles prolongées ou des écarts de régime. C'est à cet ordre de causes que sont surtout exposées les personnes engagées dans le commerce, et plus spécialement celles dont les affaires compliquées ou en mauvais état demandent de la part des intéressés une continuelle et inquiète surveillance, les banquiers, journalistes, (pas tous!) hommes de lettres, avo-

cats, notaires, médecins et aussi ceux qui, pour leur malheur, sont lancés sur le dangereux terrain de la politique. Mais chez ces personnes, ce n'est pas le travail intellectuel seul qui soit la cause du désordre nerveux. Les veilles prolongées, les écarts de diète et d'autres excès encore sont pour beaucoup dans le résultat produit.

Les impressions psychiques très vives, la peur, le chagrin, produisent les mêmes effets chez certaines personnes, surtout chez les femmes. Le Dr S. Weir Mitchell cite le cas d'un jeune homme de 18 ans qui, assistant aux funérailles de son père, glissa sur le sol humide et tomba dans la fosse où l'on avait descendu le cercueil, L'impression de terreur produite chez ce jeune homme fut le point de départ d'un épuisement nerveux très bien marqué, et d'autant mieux marqué que chez lui, le système nerveux était le seul affecté, la santé générale se maintenant excellente.

Parmi les excès de tout genre qui amènent l'épuisement nerveux et plus particulièrement la Myélasthénie j'appuierai surtout sur l'abus des fonctions génératrices. Nous avons vu que la neurasthénie se montre surtout entre 15 et 45 ans. Or n'est-ce pas aussi entre ces deux âges que les fonctions génitales sont les plus actives et les plus exercées ? Ainsi, les excès de coït, les pollutions nocturnes trop fréquemment répétées, les pollutions diurnes et surtout l'habitude de la masturbation amènent, et quelquefois très rapidement, une prostration des forces plus ou moins considérable suivant le tempérament préalable des sujets. Qu'est-ce après tout, que la soi-disant fièvre hectique des jeunes mariés, si ce n'est une asthénie spinale et sympathique à l'état d'acuité ? La débilité produite dans l'appareil nerveux par les excès que je viens de nommer est loin d'être dûe exclusivement à l'émission trop abondante du liquide séminal, quoiqu'on en ait dit. Pour qui se rend bien compte du rôle que joue le système nerveux duns l'émission du sperme et dans l'accomplissement des actes générateurs en général, cette proposition ne saurait paraître douteuse. " Dans le temps si court " de l'éjaculation dit le Dr Richard, toutes les forces du système " nerveux semblent se concentrer dans le système génital qui " est alors le point de départ de mouvements réflexes, de spas- " mes, de cris involontaires. Ces sensations rapides, énervantes, " amènent chez quelques-uns des convulsions de forme presque " épileptique." (1) On peut en dire autant des sensations éprouvées dans l'acte de la masturbation. On conçoit donc que les secousses imprimées à tout l'organisme par la répétition fré-

1) Richard—Histoire de la Génération.

quente des actes en question puisse et doive entraîner une rapide déperdition des forces nerveuses. Sous ce rapport, la masturbation est peut-être plus nuisible encore que l'abus du coït, vu que les sujets ont à chaque instant l'occasion et la possibilité de s'y livrer, même avant l'âge de puberté.

Citons encore comme causes occasionnelles de la neurasthénie, l'abus du thé, du café, de l'opium et surtout du tabac. Tout le monde connaît les symptômes nerveux produits par l'usage en excès de ce narcotico-âcre. Les effets du poison se remarquent surtout chez les sujets nerveux, et d'une manière frappante encore chez ceux affectés d'ataxie, ou de paralysie agitante. Mitchell, de Philadelphie, regarde le tabac comme étant une des plus puissantes causes de *nervosisme*.

SYMPTOMATOLOGIE—Les symptômes de la neurasthénie varient pour ainsi dire à l'infini, suivant les conditions de tempérament et d'habitudes où se trouve le patient. Ils varient encore suivant que c'est le cerveau ou la moëlle épinière ou le système sympathique qui est affecté d'épuisement. Pour plus de clarté nous adopterons l'ordre précédent dans la description des symptômes.

Epuisement cérébral. — Règle générale, le premier symptôme remarqué par le malade, et celui dont il se plaint le plus volontiers, est une *répugnance invincible pour tout travail de l'esprit.* C'est aussi le symptôme le plus universellement constant de la maladie. Il se montre dans chaque cas. Si le patient parvient pour un certain temps à vaincre cette répugnance en essayant de se livrer à un travail intellectuel quelconque, celui-ci, quelque court qu'il ait pu être, suffira peut-être à épuiser la faculté de penser ou à amener la confusion des idées. En un mot, l'esprit a perdu son équilibre. La plupart du temps la mémoire est affaiblie, quand elle n'est pas tout à fait éteinte. En quelques cas, elle reste parfaitement indemne. L'*insomnie* est assurément aussi un des symptômes les plus marqués. Elle se montre dès le début et je l'ai constatée dans tous les cas. Le *vertige* se manifeste aussi, lui, dès le début, et se fait remarquer par sa persistance.

Les malades éprouvent un sentiment de *langueur* et de *lassitude* indicible. Continuellement disposés à voir tout en noir, ils craignent que leur santé générale ne s'altère, ou se croient atteints de quelque maladie incurable. Et plus cette pensée les préoccupe, et plus le trouble psychique devient considérable. Souvent ils sont d'une *timidité* excessive, quelques-uns même ayant une continuelle tendance à *verser des larmes.* A cette dépression mentale vient se joindre tôt ou tard une *débilité physique* qui n'est que la conséquence de la maladie propagée

à la moëlle épinière et au système sympathique. Chez quelques-uns, enfin, se développe un *désir immodéré* des liqueurs spiritueuses ou des substances narcotiques.

Parmi les *troubles locaux*, il faut noter surtout ceux qui se manifestent dans les divers organes où se distribue le pneumogastrique. Ce nerf, comme chacun le sait, donne des branches au cœur, à l'appareil respiratoire et à la partie supérieure du canal alimentaire. Ainsi nous rencontrons la *dyspepsie* dite *nerveuse*, la *dyspnée*, souvent considérable, et des *palpitations* cardiaques excessivement pénibles. Chez un de mes patients, cette dyspepsie nerveuse était surtout remarquable par le fait que le travail digestif se faisait beaucoup plus rapidement qu'à l'état normal. Aussitôt que l'estomac s'était débarrassé de son contenu, si une nouvelle ingestion d'aliments ne venait combler le vide, au moins partiellement, ce qui arrivait nécessairement la nuit, aussitôt, dis-je, se manifestait une abondante transpiration suivie de coliques plus ou moins flatulentes, et d'évacuations la plupart du temps liquides. Un besoin continuel de bâiller doit aussi être mentionné parmi les manifestations de cette dyspepsie nerveuse.

Les *palpitations*, bien que se montrant assez souvent dans la cérébrasthénie, sont plus fréquentes encore dans l'épuisement sympathique où nous les retrouverons bientôt.

Les nerfs craniens autres que la pneumogastrique sont aussi à leur tour troublés dans leur fonctionnement. C'est ainsi que se produit de l'*asthénopie*. "La photopsie est quelquefois si " intense que le moindre rayon de lumière ne peut être sup- " porté."—(Jaccoud). Outre que l'acuité de la vision est parfois diminuée, les malades se plaignent souvent de l'apparition de *phosphènes* ou de *mouches-volantes* dans le champ visuel. L'ouïe peut également être exaltée à un tel point que le bruit le plus léger réveille une impression pénible, le sujet accusant aussi le *son de cloches* dans les oreilles. Il est plus rare de rencontrer des troubles du goût et de l'odorat.

Les symptômes fournis par les nerfs de la sensibilité tactile et douloureuse ne sont pas moins remarquables que ceux que nous venons de voir. De ce nombre sont des névralgies de diverses forme et intensité et parmi lesquelles viennent en premier lieu la *migraine* et une sensibilité particulière du cuir chevelu. D'abord limitées aux ramifications des nerfs craniens, les névralgies se propagent bientôt aux branches des nerfs spinaux et du grand sympathique, de sorte qu'on peut les classer parmi les phénomènes secondaires.

Très souvent les malades se plaignent d'une sensation de plénitude dans les oreilles et la tête, ou de chocs dans la cavité

crânienne, tout comme si les deux électrodes d'une batterie galvanique étaient appliqués sur deux points opposés du crâne.

Bien que je n'aie pas eu occasion de constater de phénomènes paralytiques chez les malades que j'ai vus, je ne suis pas prêt à nier la possibilité de leur manifestation, parce que j'ai cru remarquer chez un ou deux de mes patients des signes de paralysie incomplète (*parésie*). Cette parésie ne se montre du reste qu'à une période avancée de la maladie et n'est pas invariablement présente.

Quelquefois il y a syncope. Parfois encore se montrent des symptômes qui indiqueraient une congestion active intense du cerveau et menace d'apoplexie. C'est là, du moins, l'appréhension des malades. Un de mes patients a longtemps offert et offre encore, (bien qu'à un moindre degré maintenant) ce symptôme d'une manière frappante. A de certains moments, après quelque temps de travail intellectuel, il se croyait sur le point d'être foudroyé par l'apoplexie, malgré ses *vingt-cinq ans*. Cette crainte, ajoutée au trouble déjà existant, portait chez ce sujet la surexcitation nerveuse à son plus haut dégré.

(*A suivre.*)

Ligature de l'artère femorale.

Etablissement de la circulation collaterale, conservation du membre, etc.

MM. LES RÉDACTEURS,

Les ligatures des artères principales des membres sont assez rares et assez importantes pour que je crois intéresser vos lecteurs en rapportant le cas suivant.

Voici en quels termes mon confrère et ami le Dr. G. Lussier de Waterloo, P. Q., m'écrivait en février dernier pour me demander mon opinion sur ce cas difficile :

"Le 26 janvier, M. M... Mc., âgé de 26 ans, d'une assez bonne constitution mais d'un tempérament très nerveux, s'est donné un coup de couteau dans la cuisse en voulant couper un morceau de cuir. Il s'en suivit une hémorrhagie subite et abondante, que son père, avec une remarquable présence d'esprit, réussit à arrêter en serrant fort et à pleine main la partie lésée.

"Je fus appelé aussitôt, mais comme la distance à parcourir, aller et retour au village, était de 16 milles, l'hémorrhagie était tout à fait arrêtée lorsque j'arrivai.

"Ne soupçonnant pas une blessure de l'artère, je fis un pansement ordinaire, et tout alla bien jusqu'au 11 février, jour où je fus requis de nouveau auprès de M. Mc.

"A cette date, il s'était formé un vaste épanchement sanguin à l'endroit de la blessure; les battements isochrones à ceux du cœur le bruit du souffle, perçu en auscultant cette tumeur, ne me laissèrent aucun doute sur sa nature.

"Pour donner à mon patient toute chance possible d'échapper aux dangers d'une opération, j'appliquai un tourniquet au-dessus de la blessure afin de diminuer le courant circulatoire, puis j'exerçai en même temps une forte compression sur la tumeur au moyen d'un bandage compressif.

"Ce traitement fut continué pendant huit jours, mais sans amélioration; au contraire, la tumeur augmentait de volume, les pulsations devenaient plus facilement perceptibles, plus superficielles; un point surtout au centre de la tumeur se ramollissait graduellement de jour en jour.

"Craignant la perforation des téguments et une hémorrhagie subite et mortelle, je jugeai à propos d'appeler un confrère, car je croyais la ligature indispensable pour mettre la vie du patient à l'abri du danger. Le 20 février j'envoyai un télégramme au Dr. Brosseau le faisant demander immédiatement auprès de mon malade."

Aussitôt que j'eus reçu ce télégramme je partis pour Waterloo. Nous arrivâmes, le docteur Lussier et moi chez M. Mc., vers 10 hrs. P. M. Après un examen minutieux je constatai qu'il y avait en effet, à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur de la cuisse, une tumeur pulsatile mesurant environ quatre pouces de diamètre. Sur un point ramoli au milieu de cette tumeur on percerait les pulsations artérielles plus distinctement, même qu'on ne les perçoit ordinairement à l'artère radicale. La peau paraissait usée à cet endroit et prête à laisser échapper le sang. L'auscultation donnait un bruit de souffle très marqué. En comprimant la femorale sous l'arcade crurale toute pulsation cessait, de plus la tumeur diminuait sensiblement de volume, pour reprendre son état premier lorsqu'on cessait la compression. Que nous restait-il donc à faire? La compression avait été exercée, sans succès durant douze jours, la tumeur au lieu de diminuer de volume avait augmenté, les pulsations plus superficielles, la perforation complète des téguments était imminente, etc., etc.

Après mûre réflexion nous nous décidâmes à proposer au patient la ligature de l'artère. Avant d'en venir à cette grave détermination nous avions bien pésé les dangers de la gangrène et d'une amputation dans le cas ou la circulation collatérale ne s'établirait pas du tout ou ne s'établirait qu'imparfaitement.

Nous avons expliqué franchement au malade et à ses parents la gravité du cas; nous leur avons fait comprendre combien une hémorrhagie soudaine et mortelle était imminente, et que d'un autre côté pour échapper à cet immense danger, il fallait courir le risque d'une gangrène et conséquemment d'une amputation ultérieure. Après cet exposé le malade et les parents consentirent bien volontairement à la ligature.

Tout étant préparé pour la ligature, le patient anesthésié, la partie bien éclairée par deux lampes à pétrole, les points de repère exactement pris, un bon fil de soie préparé, etc.

Dès ma première incision je tombai sur le couturier (car je me trouvais au milieu de la cuisse) a environ 1½ pouce en haut de la blessure que j'écartai en dehors, le muscle et les parties environnantes étaient infiltrés de sang, malgré cet inconvénient je pus atteindre l'artère et la dénuder facilement et faire ma ligature aussi classiquement que possible.

Aussitôt le vaisseau oblitéré, on vit la tumeur diminuer de volume; les pulsations cessèrent complètement.

Mon collègue devant rester auprès du malade il fut convenu qu'il ferait la ligature au-dessous de la tumeur dans le cas où les pulsations se manifesteraient de nouveau après mon départ.

Tout le membre fut immédiatement entouré de ouate et de flanelles chauffées, et la chaleur normale ainsi entretenue.

Voici ce que le Dr J. Lussier m'écrivait en date du 12 mars :

" Après votre départ, le patient sous l'influence des narcotiques a bien reposé pendant plusieurs jours; la cuisse est devenue enflée, le pied engourdi, les veines gonflées, mais la température a tout le temps été entretenue à l'aide des flanelles chaudes.

" Au sixième jour, à l'endroit de la blessure apparut une élévation marquée, d'une couleur noirâtre, ce qui me fit craindre un abcès. La plaie de la ligature commença à suppurer.

" Le fil de la ligature est tombée le 12ème jour. Aujourd'hui le patient se porte bien, les engourdissements sont plus rares et moins marqués, il se lève seul et passe une partie des journées sur sa chaise, son appétit est bon, etc.

" Enfin tout me donne à espérer que la circulation collatérale est établie et que conséquemment le patient va rester avec un membre sain et utile.

" Durant tout cette période, le membre a toujours gardé une température voisine de la normale. Dans ses grandes souffrances, causées par l'engourdissement, le malade éprouvait du soulagement par la friction ainsi que par les mouvements passifs du pied.

Après avoir pris connaissance de ce cas de traumatisme, on se demande naturellement comment il se fait que du 26 janvier (jour de l'accident) jusqu'au 11 février, il n'y ait eu aucun signe de lésion artérielle ?

Voici l'explication de ce fait étrange :

La plupart de nos auteurs s'accordent à dire que si la gaine celluleuse et la tunique externe d'une artère sont ouvertes par un instrument, et que les tuniques internes et moyennes soient restées intactes, le sang est retenu dans le vaisseau artériel, car ces deux tuniques suffisent à cet effet. Mais si les membranes externes et moyennes sont divisées et qu'il ne reste que la mince tunique interne, *celle-ci fait hernie* et cède sous l'impulsion du sang, et une hémorrhagie a lieu plus tard, ou encore l'hémorrhagie peut ne pas avoir lieu immédiatement si la plaie est très petite et qu'il y ait un défaut de parallélisme des tuniques perforées ; dans ce cas, si l'union n'a pas lieu de suite, la pression du sang agrandit l'ouverture et une hémorrhagie secondaire a lieu.

Il arrive aussi qu'un caillot se forme et bouche momentanément la plaie artérielle ; puis, cédant aux efforts du sang, donne lieu à une hémorrhagie secondaire.

Si le malade perd promptement une grande quantité de sang, la syncope arrive et la formation d'un caillot obturateur ; l'hémorrhagie, arrêtée momentanément, peut reprendre ensuite.

Il peut arriver aussi que le sang pénètre dans la gaine de l'artère et dans les parties voisines, cela s'annonce par un gonflement d'abord mou, mais dont la consistance augmente peu à peu. La peau devient d'abord bleuâtre, puis d'un rouge foncé ecchymotique. On perçoit des battements isochrones à ceux du pouls ; l'oreille perçoit un bruit de souffle.

La suppuration peut encore se développer dans la plaie, ramollir le caillot, en détruire les adhérences et amener un résultat fâcheux. Que s'est-il passé dans le cas actuel ? Nous sommes portés à croire que le couteau avait lésé les tuniques externes et moyennes et que la tunique interne a cédé graduellement sous la pression du courant circulatoire, d'où l'anévrisme qui a nécessité la ligature.

Dans toutes les plaies d'artères le but à atteindre c'est l'oblitération du vaisseau.

Les moyens varient suivant le volume de l'artère lésée et la grandeur de la plaie.

Ces moyens sont la compression, la torsion et la légature.

La compression est un moyen difficile à supporter et souvent inefficace; mais vu son inocuité, elle doit toujours être tentée en premier lieu.

La ligature doit se faire en général au point lésé ou près de ce point, afin que l'hémorrhagie ne puisse revenir entre cette ligature et la plaie, par la circulation collatérale.

Il ne faut jamais lier une grosse artère, lorsqu'une branche moins volumineuse est seule ouverte, et augmenter ainsi la gravité de l'opération.

Il est quelquefois nécessaire de lier au-dessus et au-dessous d'une plaie artérielle.

La grande plasticité du sang et de la syncope peuvent déterminer la formation d'un caillot, qui arrêtera brusquement l'écoulement sanguin.

Après une ligature le caillot s'étend toujours jusqu'à la collatérale la plus voisine, conséquemment le caillot est plus ou moins long.

Chez le patient qui fait le sujet de cette observation le caillot remonte jusqu'à l'artère profonde.

Vers la 36e ou 48e heure l'adhérence s'établit entre lui et l'artère.

Une extrémité du caillot répond à la ligature, l'autre est en contact avec le sang.

Dans les cas favorables le caillot présente d'abord une densité notable, d'un rouge foncée, il se décolore et se durcit peu à peu.

Certains auteurs prétendent que le caillot reste toujours une masse sanguine sans organisation, tandis que d'autres prétendent qu'une sorte de vie se transmet des parois artérielles au caillot c'est ce que ces derniers appellent la vacularisation du caillot.

Après la ligature il se fait dans la circulation collatérale des anastomoses qui entretiennent la nutrition des parties situées au-dessous du point lié, cela a lieu par l'intermédiaire des *vasa vasorum* et par la dilatation des vaisseaux déjà existants dans la profondeur des tissus. Même quand la circulation collaterale s'effectue dans les membres où l'on a pratiqué la ligature de l'artère principale, il reste une certaine faiblesse jointe à une nutrition imparfaite.

Le membre reste plus sensible au froid. Souvent aussi sur les parties du membre qui sont exposées à une pression continue et forte, il se déclare des phlictènes et mêmes des eschares

limitées. Ces lésions sont l'effet d'une nutrition imparfaite. Chez notre malade, son long séjour au lit a amené d'abord des phlictènes puis des eschares superficielles, au talon et sur le côté externe du pied. J'ai aussi eu occasion de constater il y a quelques années les mêmes phénomènes chez un jeune commis qui avait subi la ligature de la brachiale.

A. T. Brosseau.

Du traitement du rhumatisme articulaire aigu ou inflammatoire.

(*Leçon du Dr. Hubert LaRue, professeur à l'Université Laval, Québec, rapportée par A. Trudel, étudiant en médecine.*)

MM. les Rédacteurs,

Récemment quelques articles pleins d'intérêt sur la pathologie et le traitement du rhumatisme articulaire aigu ont été publiés dans l'*Union Médicale.* Je vous prie de reproduire l'extrait suivant d'une leçon sur le traitement de cette maladie du Dr. Hubert LaRue, Professeur à l'Université Laval.

" Le rhumatisme articulaire aigu, a-t-il dit, est une maladie que l'on rencontre fréquemment dans la Province de Québec. Peu dangereuse en elle-même dans la période aigue, elle devient d'une gravité extrême à cause des complications dont elle s'accompagne.

" En effet, l'insuffisance valvulaire est si souvent la conséquence du rhumatisme articulaire aigu que chaque fois que je me trouve en présence d'un cas d'hydropisie, la première question que je pose au malade est la suivante : " Avez-vous jamais eu le rhumatisme inflammatoire ? " Et, 99 fois sur 100, lorsque l'hydropisie est due à une insuffisance valvulaire, la réponse est affirmative.

" On a eu recours à toute espèce de traitements, on a épuisé la liste des médicaments trop nombreux de la pharmacopée pour combattre cette maladie, mais avec si peu de succès, qu'un médecin anglais à qui l'on posait la question suivante : " Quel est le meilleur traitement pour le rhumatisme inflammatoire ? " répondait et avec raison : " six semaines."

" En 1869 ou 1870, je ne me rappelle plus l'année, le Dr. Davis de Londres, annonçait dans la " Lancet " qu'il avait découvert un médicament nouveau pour le traitement de cette maladie : c'était l'emploi des vésicatoires. Deux jours plus tard,

j'étais de service à l'Hôtel-Dieu de Québec, comme professeur de Cliniques, et parmi mes malades se trouvait une femme souffrant du rhumatisme inflammatoire.

" Je comptai en présence des élèves qui assistaient à la Clinique le nombre des articulations affectées, et je constatai qu'il y en avait 22, comptant pour une articulation chacune des articulations des doigts et des orteils.

" C'était un samedi.

" J'ordonnai l'application des vésicatoires à raison de quatre à la fois sur les grandes articulations et l'application d'*acetum lythae* sur les petites. Le lundi suivant, 48 heures après, la malade était guérie.

" Depuis cette époque, j'ai traité de la même manière une cinquantaine de cas de rhumatisme articulaire aigu, toujours avec le même succès: c'est-à-dire, qu'avec les vésicatoires appliqués d'une manière judicieuse, un cas de rhumatisme articulaire aigu doit céder à ce traitement dans l'espace de 48 heures.

" Pour obtenir tout le succès possible avec les vésicatoires, il faut savoir comment les appliquer. Ces vésicatoires doivent être grands et larges et embrasser toute l'articulation. Ainsi, comme exemple, pour l'articulation du genou, chez un adulte, le vésicatoire doit avoir les dimensions suivantes : longueur, 12 ou 15 pouces ; largeur, 5 pouces. On le laisse en place durant 5 heures; ensuite on l'enlève et on applique sur la partie un cataplasme.

" On promène ainsi des vésicatoires sur toutes les articulations à mesure que l'inflammation s'y développe.

" Lorsqu'on n'a que trois ou quatre articulations à combattre, il est mieux d'appliquer un autre vésicatoire sur une articulation saine.

" En vue de prévenir des complications cardiaques—(ce qui est le plus à craindre dans le rhumatisme inflammatoire)—je mets un petit vésicatoire de deux pouces de largeur et de trois pouces de longueur sur la région du cœur.

" Diète : bouillon, lait, par verre à vin, toutes les heures ou toutes les deux heures.

" Sous l'influence de ce traitement les symptômes fébriles disparaissent dans l'espace de 24, 36, 48 heures et le rhumatisme inflammatoire aussi.

" Depuis deux ou trois ans on a beaucoup vanté l'efficacité de l'acide salicylique et des salicylicates pour le traitement de cette affection.

" Ils ne m'inspirent que peu de confiance : et jusqu'à preuve

du contraire j'aurai recours à l'usage des vésicatoires employés suivant la manière que je viens de vous décrire.

" Je vous conseille de suivre mon exemple."

" Quelques jours après la cessation du rhumatisme articulaire aigu surviennent ordinairement des symptômes de rhumatisme chronique qui n'ont guére d'importance pour les complications cardiaques.

" Dix grains d'iodure de potassium une demi-heure ou une heure avant les repas, à jeun, trois fois par jour, pendant quatre ou cinq jours font disparaître ces douleurs."

Québec, Université Laval, 31 Mars 1879.

COMMUNICATIONS.

Vagissements utérins.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt les observations faites par MM. de Mussy et Depaul sur les vagissements utérins, et qui sont rapportées dans l'*Union Médicale* du mois de mars, 1879. A ces témoignages, je viens ajouter le mien, pour prouver la possibilité de tels événements.

Il y a déjà à peu près quatorze ans, je fus appelé auprès d'une femme qui était à son cinquième accouchement. Elle était enceinte de deux enfants, dont l'un offrait une présentation de la face, et l'autre du siége. Celui qui présentait la face vint le premier.

En faisant l'examen je ne pus reconnaître immédiatement cette variété de présentation du premier enfant, mon doigt entra directement dans la bouche de l'enfant, et je ne restai pas longtemps dans le doute touchant cette présentation, car en retirant mon doigt l'enfant poussa un vagissement très fort: Ce qui, vous pouvez le supposer, m'étonna beaucoup ainsi que les personnes présentes. Je fis pénétrer une seconde fois mon doigt dans la bouche de l'enfant, ce qui provoqua un nouveau cri très distinct. Afin de laisser parvenir jusqu'à lui l'air qui me paraissait lui être indispensable, j'ouvris le vagin autant que possible, et tout ce temps, à chaque douleur de la mère, l'enfant faisait entendre des vagissements plaintifs bien

distincts. La bouche de l'enfant correspondait parfaitement avec l'ouverture du col utérin, et en conséquence, l'air avait accès à ses poumons chaque fois que le vagin était ouvert par l'introduction de mes doigts.

Ce cas, quoique n'étant pas exactement semblable à celui rapporté par Depaul et de Mussy n'en est pas moins un magnifique exemple de vagissements utérins. J'ai donc pensé opportun de le faire connaître aux lecteurs de votre très utile et très intéressant journal de médecine.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai l'honneur d'être etc.

Th. R. Dupuis.

Kingston, 13 Mars 1879.

Une réponse à "Satire Médicale,"

Publiée par O. de Celse, dans le "Mouvement Médical" de Paris, 22 février 1879.

Très honoré confrère,

Je suis convaincu, comme vous-même, que respect est dû à la propriété, à la propriété intellectuelle surtout, chose si rare et si digne de l'ambition et de l'orgueil de tout travailleur dans le champ de la science. Dans votre satire, vous m'accusez de méconnaître cette conviction, et, à l'appui de votre avancé, vous citez l'*Union Médical*, vol. 8, janvier 1879, où se trouve un passage anecdotique que j'y ai mis moi-même et qu'on lit également dans le *Mouvement Médical*, 17 novembre 1877.

Vous avez raison, le passage est textuel; personne n'a essayé de le nier, pas plus moi qu'un autre, moi le criminel qui n'ai pas craint de vous envoyer une copie du journal dans lequel se trouve le délit si répréhensible!... Et pourquoi, je vous prie, aurais-je hésité à le faire? Y a-t-il réellement larcin, comme vous le dites sans gêne, mon cher M. de Celse, que j'ai bien l'honneur de saluer? Y a-t-il conséquemment substance à satire raisonnable? Je ne le crois pas, et vos lecteurs et les miens doivent partager mon opinion. Voyons, un peu de dissection, et vous êtes avec moi.

J'ai pris à M. Labbée, votre digne chef et maître, un exemple au sujet du pronostic et qui lui venait de M. Potain; je le cite:

"M. Potain nous cite à ce propos le cas suivant: une jeune fille vient de Londres à Paris pour consulter le médecin de Necker. "Docteur, lui dit-elle, en son cabinet, à peu près en ces termes: Je suis sur le point de contracter mariage. Cette union je la désire, je la souhaite, elle m'est si chère... Néanmoins, car je suis malade, donnez-moi sans réserve, comme sans restriction, tout votre avis. Dois-je attendre et combien? ou dois-je pour toujours oublier?..." Honneur, délicatesse, droiture, franchise, la jeune fille met tout en jeu. Que répondre? M. Potain ausculte la jeune fille et son oreille lui dicte ce diagnostic: Phthisie au premier degré. M. Potain va-t-il écrire, en tête de son ordonnance, cet arrêt de mort probable (question de temps), les recours en grâce sont si rares. Va-t-il brutalement, brusquement lui proscrire le mariage? Va-t-il lui dire:

Ah! pleure, fille infortunée!
Ta jeunesse va se flétrir
Dans sa fleur trop tôt moissonnée!
Adieu, beau ciel, il faut mourir.

Mille fois non. M. Potain répondra à cette enfant avec le tact qui le caractérise, qu'elle est un peu faible en ce moment, et qu'avant de s'engager dans le mariage et dans ses suites (grossesse, accouchement, allaitement, etc.) elle ferait bien, dans l'intérêt de son mari, de ses enfants à venir, et dans le sien propre de prendre tels soins hygiéniques, tels réconfortants, de suivre tel régime. Dans ces cas comme dans bien d'autres le temps est tout."

M. L'abbée n'a, dans cette anecdote qu'il emprunte au médecin distingué de l'hôpital Necker, que la forme et peut-être qu'une partie de la forme, comme propriété; ce n'est donc pas une chose qui *lui appartient en propre* que ce passage que j'ai fait voyager de son étude dans la mienne; ce n'est donc pas une propriété sienne, ou propriété du tout; ou encore si c'est une propriété à lui, c'est en commun avec notre maître Potain: or je donne à celui-ci crédit ponr ce que je lui emprunte; donc personne n'est pillé; donc ni M. Labbée, ni vous, n'avez droit d'y trouver noise, à moins de vous mettre en brouille avec l'Académie.

Que l'école allemande fasse brigandage, chez vous, ou que l'école française y donne le change, il y a là matière à procès, crime de lèse nationalité, et un avocat pourrait y trouver une belle cause et vous M. de Celse matière à une satire de bon compte; mais pour une bagatelle de quelques phrases qui ne peuvent, ni par le fonds, ni par la forme, constituer une propriété à votre chef qu'un voisin ne puisse toucher, même sans

permission ni action de grâces, pour une anecdote qui aussitôt née est fille adoptive de tous, — pourquoi tant de fiel, s'il vous plaît? Allons! ne soyons pas si susceptible et que l'esprit de revendication soit plus limité, qu'on ne lui fasse pas franchir les mers sans raison : il y a assez à faire sur votre continent avec raison. En effet, mon honnête collègue, si votre sévérité et votre attachement à la propriété intellectuelle sont une vocation chez vous, regardez autour de vous, cherchez un tant soit peu, et peu d'écrivains trouveront merci à vos yeux; il n'y aura peut-être de propriétés intellectuelles authentiques que vos satires!...

Non, mes amis du *Mouvement Médical*, je ne veux pas vous voler et je ne le puis pas; nous sommes trop en famille, et votre bagage, d'ailleurs, ne tiendrait pas dans ma valise....

Cela n'empêche pas que je vous en prendrai tout bonnement *comme j'ai pris déjà, et comme je laisse prendre*, à moins d'être convaincu tôt ou tard de l'illégalité de mon commerce : *res difficilis!...* Vos *propriétés* seront toujours les vôtres, et non celles de M. Potain.

Mon cher M. O. de Celse,—est-ce bien là votre nom ou un pseudonyme alcalin affectionné?— est-ce conviction ou goût satirique qui a été le mobile de cette démarche plus ou moins intempestive à mon égard? Si c'est conviction de mon tort et de votre droit, je le comprends difficilement, comme j'ai essayé de vous le prouver;—si c'est goût, besoin insatiable, je vous plains,— quel goût! c'est à vous rendre malheureux; au moins choisissez mieux, je ne suis pas un moulin à vent, ni vous un don Quichotte...

Dans tous les cas, votre victime *pro tempore* se porte bien, malgré sa blessure, et est enchantée d'être *des vôtres* et espère l'être toujours.

SÉVÉRIN LACHAPELLE.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Du traitement hygiénique des tuberculeux.—*Suite.* —Par le professeur PETER, médecin de la Pitié.—Ce qu'il ne faut pas aux tuberculeux, c'est de *fumer*. Le tabac est un

véritable poison pour les pneumogastriques; il agit à la fois sur les poumons, le cœur et l'estomac: sur les poumons, intéressés les premiers—ou mieux sur les filets nerveux de la membrane muqueuse des voies de l'air (du larynx aux ramuscules bronchiques) et produit ainsi, depuis la simple toux jusqu'à l'asthme tabagique, dont les méfaits s'ajoutent à ceux des lésions tuberculeuses. Le tabac agit également sur le cœur—je veux dire sur ses nerfs—et détermine, sans parler des intermittences du pouls, les palpitations; cela chez un malade, qui du fait même de sa tuberculose, et pour les raisons que nous savons, peut avoir des palpitations spontanées. Enfin, ou plutôt d'abord, le tabac agit sur l'estomac: il provoque successivement l'anorexie, la dyspepsie flatulente, par parésie de la sensibilité de la membrane muqueuse et de la motilité de la tunique musculeuse; c'est-à-dire qu'il devient ainsi le complice de la tuberculose, qui tend, de ce chef, à engendrer la dyspepsie comme l'anorexie.

Ce qu'il ne faut pas davantage aux tuberculeux, c'est l'*acte vénérien*. En général, il n'y songent guère; cependant il en est incontestablement qui sont, jusqu'au bout, d'une salacité maladive. Il faut leur prêcher la continence, sans grand espoir de réussir, la chose étant chez eux pathologique. Vous aurez plus de succès, et ce sera un grand bienfait à leur organisme, —chez ceux où l'acte est plutôt la conséquence d'une excitation cérébrale que d'un besoin physiologique.

Chez la femme tuberculeuse, ce besoin se fait peu sentir, et, généralement, l'acte y est moins désiré, même par excitation cérébrale. En tout cas, il est, en soi et pour elle, de moindre dépense; mais si, à ce point de vue, il est bien moins malfaisant quant à l'acte, il est désastreux quant à sa suite possible, la grossesse; la grossesse, chez une malheureuse qui n'a pas trop de toutes ses forces pour se défendre désormais, et qui va être obligée de partager avec son produit; la grossesse, avec ses perturbations digestives, aggravant celles de la maladie tuberculeuse; avec sa pléthore pulmonaire gravidique, cause fréquente d'hémoptysie, et qui peut ainsi provoquer, si elle n'avait eu lieu déjà, l'hémoptysie tuberculeuse; la grossesse enfin, avec sa pléthore *ad molem*, qui, l'accouchement terminé, l'utérus vidé, va, *quærens quem devoret*, se retourner vers le poumon malade et précipiter l'évolution de ses lésions multiples.

Si donc, il s'agit d'une jeune fille, déconseillez le mariage; si, d'une femme mariée, vous savez maintenant ce qu'il faut dire au mari.

La *peau* fonctionne mal chez le tuberculeux par le fait de

son mal ou de son médecin, qui ne sait pas suffisamment la diriger ou l'utiliser. Et cependant quel organe et de quelle importance ! Comme aussi de quelle ressource, surtout chez le tuberculeux !

On ne songe pas assez que la peau est un organe d'émonction pour certains déchets organiques, azotés et carbonés, dont l'incomplète élimination est périlleuse pour l'organisme—comme il en est de l'insuffisance sécrétoire du foie ou des reins—et qu'ainsi le fonctionnement actif de la peau est de rigueur. On ne songe pas assez que la peau est un organe de sensation des plus délicats et qu'il y a, dans l'espèce, nécessité de faire appel à cette sensibilité même—car elle est une occasion de réflexes puissants pour l'ampliation pulmonaire (une excitation vive de la peau par le froid, par exemple, fait énergiquement respirer). On ne songe pas assez, enfin, que la peau est un organe de revêtement qui nous protége contre les offenses des agents extérieurs, qu'elle est destinée surtout à nous permettre de résister au froid comme au chaud, et qu'elle a d'autant plus d'aptitude à la résistance qu'elle a contracté davantage l'habitude de résister.

Il nous faut donc savoir utiliser la peau, faire appel à l'exquise sensibilité de ses nerfs, à l'abondance de sa circulation sanguine et lymphatique, comme à la richesse de son appareil sécrétoire, sudoral ou sébacé Krause a calculé que le nombre des glandules sudoripares est, chez l'homme, de 2,281,240; que leur ensemble forme un volume total de 39.6 pouces cubes; qu'ainsi, le volume de foie étant de 88 pouces cubes, et celui des deux reins, de 14 pouces cubes, l'ensemble des glandes sudoripares représente un peu moins que la moitié de la masse du foie est trois fois plus que celle des reins. Voyez-vous d'ici l'importance d'une telle sécrétion et la nécessité d'en contrôler, d'en diriger, d'en modifier le fonctionnement ?

Un admirable moyen hygiénique et thérapeutique à la fois, c'est l'*hydrotherapie*; mais que de préjugés à vaincre, comme aussi que de précautions à prendre ! Les gens du Nord l'acceptent et la pratiquent plus volontiers que nous : Bennet la conseille et on l'écoute. N'espérez pas un tel bonheur. Néanmoins, on peut y arriver; et d'ailleurs il y a des indications, il faut savoir quand l'ordonner et quand cesser de le faire.

Pour ne pas trop brutaliser les gens ni leur peau, je conseille d'abord les frictions sèches, pratiquées matin et soir. sur la totalité de la peau, pendant cinq minutes au moins. Il en résulte la plus salutaire des excitations; elles suffisent parfois pour arrêter les sueurs de la nuit, surtout celles du début de la mala-

die tuberculeuse. Le malade peut se les pratiquer lui-même; il y trouve en même temps la gymnastique bonne à ses muscles et la stimulation bonne à sa peau; faisant ainsi coup double, puisqu'il fabrique du calorique par le mouvement musculaire et par le frottement cutané.

Apprivoisé par les frictions sèches, le tuberculeux arrivera facilement à la friction additionnée d'un stimulant quelconque, mais liquide, alcoolat de mélisse, eau de Cologne, vinaigre aromatique, baume de Fioraventi, ou, plus simplement, alcool grossier; mais toujours avec une pièce de flanelle en tampon.

C'est ainsi que vous parviendrez à la friction au linge mouillé d'eau froide; une serviette un peu rude, trempée dans l'eau froide, puis tordue, y suffit. On frotte rapidement la peau de tout le corps; il y faut une minute environ; puis, pour mieux faciliter la réaction, on peut pratiquer une friction sèche d'une à cinq minutes de durée. L'idéal serait de faire la chose matin et soir; le matin au sortir du lit, le soir avant d'y entrer. Le soir, surtout; on évite ainsi ou l'on modère singulièrement les sueurs de la nuit.

Cette diplomatie thérapeutique vous conduit ainsi graduellement à la lotion froide, qu'il faut faire d'abord à l'éponge simplement imbibée, et qu'on ne devra conseiller que plus tard, et à bon escient, à l'éponge ruisselante. Dans le premier cas, il y a réfrigération en même temps que friction: dans le second cas, il y a réfrigération et *saisissement* de la peau, chatouillée, stimulée, par chacun des petits filets d'eau qui ruissellent à sa surface, au sortir de l'éponge exprimée. Or, cette stimulation est des plus efficaces: il en résulte d'énergiques mouvements d'inspiration, dont bénéficient les lobules pulmonaires et l'hématose.

J'ai parlé de "diplomatie", elle est plus que nécessaire. alors que vous croirez pouvoir prescrire l'hydrothérapie. Il importe, en effet, à la sauvegarde de votre réputation, de prévenir les parents — sinon le malade — qu'il y a là une lésion contre laquelle vous n'essayez pas d'agir, lésion qui peut être cause d'accidents dont la lotion, même à grande eau, est innocente, et que, ce que vous avez en vue, c'est le mieux-être du tuberculeux, ainsi que la disparition des causes d'affaiblissement ou de congestion pulmonaire.

La lotion est préférable à la douche, en ce sens qu'elle est d'une pratique plus aisée, qu'on peut la faire à la maison, comme on veut, et sans frais. Cependant la douche a été employée avec succès par Fleury et par d'autres, ainsi que je vous le dirai tout à l'heure.

Voici comment je fais pratiquer l'hydrothérapie en ville; au

sortir du lit, alors que le malade a le plus chaud et qu'ainsi la réaction est le plus facile, il se découvre la poitrine, mais non le dos, et, avec l'éponge imbibée, se frotte la face, le cou, la poitrine ; plus tard, il étend ses lotions à tout le tronc, poitrine, dos, aisselles, puis enfin à la totalité du corps ; plus tard encore, au lieu de l'éponge simplement imbibée, il prend l'éponge *ruisselante ;* il n'y a plus ici action de friction, il y a *réfrigération* seule, mais réfrigération brusque, saisissante, qui se généralise instantanément, donne un petit frisson et produit une réaction très vive ; il ne faut jamais commencer par employer l'éponge ruisselante, le malade supporterait mal ce traitement et pourrait s'y refuser.

Ce qu'on fait à l'aide de l'éponge, on peut le faire à l'aide de la douche ; d'abord douche en jet, enfin douche en pluie ; la douche en jet a une action de percussion et de réfrigération ; la douche en pluie, une action générale de réfrigération saisissante. La méthode est ici très importante ; il ne faut pas indifféremment prescrire la douche en jet ou la douche en pluie ; ce ne sont pas là de petits détails ; leur inobservance peut compromettre une médication bienfaisante.

Il est indispensable que la durée soit courte surtout au début. A l'hôpital, les lotions durent de deux à cinq minutes ; elles sont bien supportées, cependant c'est un peu long ; le malade peut se les faire lui-même en une ou deux minutes. Pour commencer, Fleury donnait des douches de cinq à dix secondes pendant les premiers jours, puis il en augmentait la durée, mais jamais il ne dépassait une minute.

L'hydrothérapie, comme le dit justement Fleury, n'a pas seulement une action révulsive, elle a aussi une action tonique, reconstitutive ; elle augmente la force de résistance de l'organisme.

Suivant Fleury, l'action locale de l'hydrothérapie est de combattre les congestions circumtuberculeuses, de ralentir, sinon de supprimer, le travail de ramollissement, par conséquent de diminuer la toux, les sécrétions morbides et l'hémoptysie.

Suivant le même médecin, son action générale est reconstitutive ; par la réaction, il y a accélération de la circulation, dans les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques ; la réaction se fait sentir sur l'innervation, sur les sécrétions sudorale et sébacée ; l'appétit est plus vif, les digestions moins laborieuses ; l'assimilation plus active par suite de l'activité plus grande de la circulation ; la sueur, la diarrhée diminuent ou cessent, la fréquence du pouls tombe.—Il n'y a pas d'exagération dans ce que Fleury nous dit des bienfaits de l'hydrothéra-

pie; vous en avez eu la preuve sous vos yeux dans nos salles; la femme couchée au nº 17 n'a plus eu de sueurs au bout de deux lotions seulement; par la même pratique, le phthisique du nº 4, si affaibli, a vu ses sueurs disparaître en partie; le tuberculeux nº 51, qui a une des formes les plus lamentables de la phthisie, n'a plus de sueurs, le pouls est moins fréquent, la température générale est amoindrie. Vous voyez ce qu'on peut obtenir de ce moyen d'apparence révolutionnaire; et le plus étrange, c'est d'entendre les malades demander qu'on leur continue leurs lotions froides sur tout le corps; et, depuis ce temps, les congestions bronchiques et pulmonaires, auxquelles elle était sujette, ont disparu, les craquements secs persistent seuls, mais très limités. Uu autre exemple est celui d'un homme chez lequel les lotions froides ont produit le plus grand bien-être et ont certainement beaucoup ralenti la marche de la tuberculose. En cas même d'ulcération du parenchyme pulmonaire, l'action de l'hydrothérapie peut encore être bienfaisant, mais à un moindre degré.

Cependant, là encore, elle peut donner d'excellents résultats, surtout au cas de sueurs nocturnes: tel un monsieur, atteint de tuberculose infiltrée, qui a de nombreuses cavernes et un poumon à peu-près anéanti, dont les sueurs nocturnes, qui contribuaient à l'épuiser, sont presque chaque jour supprimées par les lotions froides à l'éponge, du matin et du soir; c'est-à-dire qu'il y a des nuits où il n'en a pas et que les autres il en a désormais très-peu. Après chaque lotion, d'ailleurs, il éprouve une véritable restauration des forces.

Parmi les observations de Fleury, contrôlées par les médecins les plus recommandables, on peut citer celle d'un enfant de treize ans qui, par les indications du docteur Voisin, fut conduit à Fleury; à son entrée dans l'établissement, ce malade avait du gazouillement et de la pectoriloquie au sommet du poumon droit, de la matité dans le tiers moyen et le tiers inférieur, matité tenant à de fausses membranes, restes d'une pleurisie qu'il avait eue un mois auparavant; de plus, à gauche, il y avait des râles sous-crépitants, dureté de la respiration, craquements sous-claviculaires; cet enfant était pâle, très maigre, il pesait 40 livres. La faiblesse et l'anémie étaient excessives; il ne pouvait marcher qu'à l'aide d'un bâton ou du bras d'un aide; il avait de la fièvre, la peau brûlante et l'appétit nul. Vous voyez d'ici le malade. Le premier jour, on lui donna une douche d'une seconde de durée, les jours suivants on la donna plus longue; au bout d'un mois il avait augmenté de 8 livres; il jouait, il courait. Au bout de deux mois il n'avait plus de gazouillement ni de râles au sommet droit, mais

de la respiration rude et amphorique (à ceux qui diraient que cela ne peut pas être, je rappellerai ce que j'ai observé chez un de mes bons amis qui, il y a vingt ans, avait manifestement des cavernes, et qui maintenant n'a plus qu'un peu de souffle tubaire, les cavernes s'étant cicatrisées). Au bout de deux mois donc, cet enfant avait la respiration rude et bronchique ; au bout de deux mois et demi il quittait l'établissement de Fleury, pesant 20 livres de plus qu'à son entrée, ne toussant plus, ayant de la vigueur et méconnaissable à ce point que le docteur Voisin hésitait à le reconnaître.

L'objection est que c'est chez un enfant que de pareils résultats ont été obtenus, la force de réparation y étant plus grande; mais on peut citer l'observation d'une femme de dix-huit ans et celle d'un homme de trente-deux ans ; parlons de ce dernier.

Ce malade appela en consultation M. Louis, qui dit ne pas connaître les effets de l'hydrothérapie et ne la conseilla ni ne la déconseilla. Le malade arriva dans l'établissement de Fleury, couvert de flanelle de la tête aux pieds; il avait une sainte horreur du froid et surtout de l'eau froide. Une douche en jet est rapidement promenée sur toutes les parties du corps; particulièrement sur les extrémités inférieures et sur l'abdomen ; au bout de quelques jours les sueurs nocturnes avaient disparu. Ce malade, qui présentait, à son entrée, des craquements humides des deux côtés, des râles sibilants disséminés, qui était dans un état général très mauvais, sortait au bout de deux mois et demi, n'ayant plus de râles, mais une respiration sèche avec expiration prolongée, tenant à la présence de granulations qui persistent.

Ainsi, les observations que Fleury raconte longuement, avec toute l'authenticité désirable, sont d'accord avec ce que vous voyez dans ce service d'hôpital. Maintenant, si vous avez l'audace d'employer l'hydrothérapie chez un tuberculeux, l'enverrez-vous dans un grand établissement ? lui ferez-vous faire de l'hydrothérapie chez lui ?

Si votre malade est devenu tuberculeux dans une ville, chez lui, en se livrant à des occupations malsaines par elles-mêmes ou par les mauvaises conditions dans lesquelles elles sont faites, il ne faut pas hésiter, il faut soustraire le malade au milieu qui lui a été fatal ; l'hydrothérapie pratiquée dans ce milieu néfaste serait tout à fait insuffisante; il faut alors un grand établissement, et je crois aux résultats presque merveilleux de l'ydrothérapie dans un établissement scientifiquement dirigé.

Si, par suite de conditions particulières, vous faites faire de l'hydrothérapie à domicile, il est difficile de pratiquer autre

chose que des lotions; et le mieux est de les faire comme je l'ai dit tout à l'heure.

En réalité, je ne suis pas le seul à conseiller les pratiques hydrothérapiques aux tuberculeux : que Fleury en ait été partisan, il n'y a rien là qui doive étonner; mais nous avons vu que Brehmer, le Silésien, les conseille ; je les ai vu mettre en œuvre, et avec succès, à Davos. Voici encore ce qu'en dit un médecin expérimenté, Pogaçnik—et je le cite ici pour confirmer ce que je vous ai dit, qui est ce que je professe depuis dix ans. " L'usage de l'eau froide, dit Pogaçnik, dans le traitement de la phthisie, est bien préférable sous la forme de lotisns que sous la forme de douches, telles qu'elles sont employées par Brehmer et Sokolowski. En se levant le matin, le malade se fait lui-même une lotion par tout le corps avec une éponge imbibée d'eau à 10 ou 20 degrès Réaumur; il doit ensuite se frictionner énergiquement pendant cinq minutes avec un gant et s'envelopper, pour se sécher, dans un drap. Il se remet ensuite au lit pendant une demi-heure à une heure, bien couvert, jusqu'à ce qu'il survienne un peu de transpiration.

" Au moyen de l'eau froide, on provoque un fonctionnement régulier de la peau : on fortifie enfin le malade et on le rend moins susteptible aux variations de l'atmosphère.

" Peu à peu, l'appétit s'accroît, les forces se relèvent, à moins que les lésions ne soient trop avancées.

" L'hémoptysie n'est pas une contre-indication, et Pogaçnik prescrit les lotions alors qu'on ne peut tolérer les douches.

" Les lotions ont sur les douches l'avantage d'être plus agréables pour les malades; d'avoir un effet plus prolongé et pourtant plus utile, d'êtres très-faciles à administrer, même chez les gens pauvres, aucun appareil n'étant nécessaire; enfin, et surtout, de ne pas nécessiter, comme après la douche, l'exercice de la marche pour amener la réaction."

Enfin, à Menton, Bennet conseille la lotion froide à tous ses malades tuberculeux, " quel que soit leur état." La lotion est faite avec une éponge et de l'eau à la température de 16 à 20 degrés centigrades. " J'ai suivi cette pratique, dit-il, pendant tant d'années et sur un si grand nombre de malades, que j'en peux dire avec autorité, non-seulement qu'elle est toujours bienfaisante, mais qu'elle ne fait courir aucun danger."

Comme Pogaçnik, Bennet ne craint pas de conseiller les lotions même chez les tuberculeux exposés aux hémoptysies. J'avoue que, si partisan que je sois de l'excitation de la peau, en général, et de son excitation par la lotion froide, en particulier, je m'abstiendrais de la conseiller dans la forme hémoptysique de la tuberculisation pulmonaire. Le refroidissement de

la peau, au moins avec l'éponge ruisselante, et à plus forte raison avec la douche, me semble pouvoir provoquer de la périphérie vers les poumons malades, un refoulement du sang, cause de congestion, cause elle-même d'hémoptysie. Du reste, j'ai observé un cas d'hémoptysie de cette origine, chez un tuberculeux qui faisait vaillamment ses lotions à l'éponge ruisselante, et s'en trouvait bien quant à l'état général. Il ne se plaignait d'aillenrs pas de son crachement de sang après la lotion ruisselante, mais je l'engageai néanmoins à en cesser l'emploi —ce qu'il fit, bien qu'à contre-cœur.

Ce ne sont pas là, messieurs, de vains paradoxes, mais des faits. Néanmoins, je sais trop combien l'idée semble contradictoire de momentanément refroidir des malades qu'habituellement on couvre trop, pour craindre qu'on ne fasse à ce sujet des tentatives imprudentes ou qu'on n'y commette des excès périlleux. Ce que j'espère au moins, c'est qu'on veuille bien essayer de faire fonctionner la peau un peu plus et un peu mieux ; c'est que, si l'on n'ose conseiller les lotions froides, on préconise les frictions sèches ou même les frictions aromatiques. Ce sera toujours cela de gagné ; j'aurai prêché le plus pour avoir le moins. — *Bulletin Général de Thérap. Méd. et Chirurgicale.—A suivre.*

—

Contribution à l'étude de la Pancréatine.—I. Ce qui doit caractériser, pour l'historien médical des temps modernes, l'époque actuelle, c'est sans contredit l'influence, salutaire et prépondérante, que les recherches de la physiologie expérimentale ont exercé sur les progrès d'une prophylaxie raisonnée et d'une thérapeutique intelligente.

Dans la cohorte glorieuse des physiologistes de toutes nationalités qui ont imprimé aux études médicales cette direction nouvelle, nous sommes fiers de compter les noms à jamais célèbres de Bichat, de Magendie et de Claude Bernard.

Si toutes les fonctions de l'organisme humain ont largement participé à cette vaste enquête scientifique, destinée à fixer désormais les limites précises de leur raison d'être et de leur activité, aucune n'a fourni un contingent plus considérable de recherches que la fonction de nutrition dans ses phases successives, l'insalivation, la digestion stomacale, la digestion intestinale.

Après avoir rappelé d'abord la découverte de Spallanzani avec ses digestions artificielles (1770) ;

Les observations de Beaumont avec le suc gastrique recueilli directement sur son Canadien (1825) ;

Les expérimentations de Blondlot, de Nancy, avec ses procédés de fistules stomacales sur les chiens (1846) ;

Nous aborderons l'étude des phénomènes de la digestion au moment où le bol alimentaire franchit le cardia pour pénétrer dans la partie supérieure de l'intestin grêle. C'est précisément sur ce point dénommé *duodenum* que la chymification se complète par l'intervention de deux liquides, non moins essentiels à la parfaite chylification que le suc gastrique, à savoir : la bile et le suc pancréatique.

Pour démontrer que l'estomac n'exerce aucune action sur les corps gras alimentaires, les huiles et les graisses qui arrivent ainsi à l'intestin, avec leurs propriétés habituelles et distinctes, il suffit de lier le canal cholédoque en établissant une fistule biliaire destinée à faire s'écouler la bile au dehors.

On voit alors l'animal maigrir très promptement, et l'on constate aussi que son chyle n'a plus sa blancheur habituelle.

Toutefois, comme l'animal porteur d'une fistule biliaire survit à l'opération, et qu'il recouvre parfois une partie de son embonpoint primitif, il faut en conclure que la bile n'est pas l'agent exclusif de cette émulsion, et quelle doit nécessairement trouver dans l'intestin grêle un associé, un auxiliaire dans le suc pancréatique.

Ce liquide est sécrété dans un organe spécial, le pancréas, que les anciens auteurs appelaient la glande *salivaire intestinale*. Frais et normal, tel qu'il se présente quand il coule d'une fistule, établie à cet effet, le suc pancréatique est un liquide incolore, de consistence sirupeuse, sans aucune odeur ; sa saveur est salée, sa réaction au papier de tournesol manifestement alcaline.

Les propriétés du suc pancréatique peuvent se rapporter à deux chefs principaux : 1° Emulsion des corps gras. 2° Saccharification des substances féculentes.

1° En sacrifiant un lapin, en pleine digestion de substance grasse, il est facile de constater que toute la portion de l'intestin grêle situé au-dessus de l'insertion du conduit pancréatique, contient des graisses peu ou point émulsionnées ; tout au contraire, immédiatement au-dessous de l'orifice du canal pancréatique, les matières grasses sont parfaitement émulsionnées.

Les vaisseaux absorbants qui partent de cette portion du duodenum se montrent gonflés d'un liquide laiteux, qui trahit la présence des molécules graisseuses.

Quelques physiologistes admettent que le suc pancréatique possède une action émulsionnante beaucoup plus immédiate, et beaucoup plus prononcée que la bile elle-même (dix fois plus pour certains d'entre eux) ; mais comme la bile est dix fois

plus abondante, elle doit regagner en quantité ce qu'elle perd en intensité émulsive.

Respectons en conséquence les droits de chacun de ces liquides digestifs, et concluons en disant que ces deux liquides se prêtent pour la digestion des substances grasses un mutuel et efficace concours.

2° Le deuxième usage du suc pancréatique est relatif à la digestion des féculents.

Ces matières insolubles dans l'eau, pour devenir absorbables, doivent être transformées en sucre (saccharification des fécules).

Les belles recherches de Bouchardat et Sandras ont démontré : 1° Que les féculents, après avoir subi une première modification par la salive, échappaient à l'action du suc gastrique et de la bile.

2° Que les honneurs de cette métamorphose revenaient tout spécialement au suc pancréatique.

Telle est la puissance saccharifiante du suc pancréatique que de petits fragments de pancréas, imprégnés qu'ils sont de ce liquide, saccharifient les fécules comme pourrait le faire le pancréas lui-même.

En résumé : émulsion de matières grasses, et saccharification des fécules, tel est le double rôle assigné par la nature au suc pancréatique dans l'acte de la digestion.

Le Dr L. Corvisart a voulu accorder au pancréas une troisième propriété, celle d'activer la digestion des viandes, en complétant les modifications apportées aux substances azotées ou albuminoïdes par le suc gastrique.

Les expériences de Keferstein et de Hallawachs contredisent ces assertions, que confirment, d'autre part, les observations de Brinton et Meissner, avec cette réserve, que pour agir efficacement sur l'albumine, le pancréas doit se trouver dans un milieu faiblement acidulé.

En raison de l'importance du sujet, transcrivons ici quelques détails historiques.

—Tiedmann et Gmelin ont donné les premiers une analyse du suc pancréatique (1770).

—La propriété émulsionnante du suc pancréatique a été découverte par Eberle (1834).

—Purkinge et Pappenheim admettaient dès 1836 qu'une infusion acidulée de suc pancréatique constituait un dissolvant énergique des matières albuminoïdes.

—Magendie, Rayer et Claude Bernard ont constaté tour à tour que le suc pancréatique était de nature alcaline et qu'il transformait l'amidon en sucre (1840 à 1845).

—Claude Bernard enseignait au Collége de France que le suc

pancréatique a pour fonction caractéristique, de présider à la digestion des corps gras en les dédoublant en glycose et acide gras (1846).

—Bouchardat et Sandras insistaient sur la propriété remarquable dont jouit le suc pancréatique de saccharifier les fécules (1846).

—Lenz et Donders ont confirmé cette opinion (1850).

—C'est en 1857 que Corvisart a prétendu que les matières albuminoïdes étaient transformées en peptones par le suc pancréatique aussi bien que par le suc gastrique.

—Schiff s'est rangé, avec quelques restrictions, à cette manière de voir très-controversée de nos jours (1858).

—Dernièrement enfin, Defresne a constaté, au moyen d'expériences personnelles, qu'après une digestion moyenne de six heures, la pancréatine émulsionne vingt-quatre fois son poids de corps gras, auxquels elle communique la propriété remarquable de se mélanger à l'eau en la rendant ainsi toute préparée pour l'assimilation.

II. Avant d'entrer dans le chapitre thérapeutique, il nous paraît indispensable de déterminer les signes caractéristiques des affections du pancréas, tels qu'ils sont reconnus par l'observation clinique.

Quelle que soit la nature intime de la lésion organique, ou de la fonction de l'organe, ces phénomènes morbides sont: l'amaigrissement considérable du sujet, et les selles graisséuses.

Pour les combattre avec succès, les praticions ont eu recours à des préparations pancréatiques.

Eisenmann, de Prague, a publié le premier une monographie comprenant sept observations d'affections du pancréas. Chez tous, à l'autopsie, la glande a été reconnue plus ou moins altérée dans sa structure et dans ses dimensions. Van den Corput, dans un cas de dégénérescence du pancréas, a administré une préparation pancréatique.

Langdon-Down a communiqué à la Société clinique de Londres, les résultats que lui avait fournis l'extrait pancréatique associé au malt pour combattre les garde-robes graisseuses chez des glycosuriques.

Le Dr. Chauvin, de Lyon, a présenté à l'Académie de médecine de Paris des cas cliniques analogues, modifiés avec succès par le jus et l'extrait du suc pancréatique.

Ces résultats conduisirent bientôt à la recherche d'un procédé apte à conserver au suc pancréatique son activité tout en rendant son administration plus facile.

En desséchant convenablement le suc pancréatique, on obtient la pancréatine (ferment d'une grande activité) sous forme de

poudre jaune pâle, très-soluble dans l'eau, d'une saveur franche et animalisée qui se conserve indéfiniment et subit sans s'altérer les variations de la température.

Voici l'énumération sommaire des cas où la pancréatine a été administrée très-avantageusement en extrait ou en pilules par les praticiens les plus éminents de Paris.

M. le Pr. Potain. Ictère avec selles graisseuses. Troubles de la digestion.
Chloro-anémie. Dyspepsie. Dénutrition profonde.
Diathèse rhumatismale. Dyspepsie par atonie et absence de suc gastrique. Eczéma.
Ictère intense lié à une obstruction des voies biliaires. Vomissements incoërcibles.

M. le Dr. Isambert. Dyspepsie avec dilatation de l'estomac. Vomissements incoërcibles.

M. le Pr. Gubler. Dyspepsies atoniques. Altération de la glande amenant la réduction ou la suppression de la sécrétion physiologique.

M. le Dr. H. Huchard. Ictériques chez lesquels les matières grasses sont mal digérées.
Dyspepsies caractérisées par la présence de garde-robes graisseuses avec amaigrissement très-considérable.
Dyspepsies intestinales (*amylacée et d'aliments féculents*) avec douleurs gastro-entériques, survenant plusieurs heures après le repas. Garde-robes liquides, graisseuses.

Le Dr. Bertrand, médecin de la marine, préconise la pancréatine dans la diarrhée chronique de Cochinchine. L'autopsie lui ayant démontré, dans les cas graves, soit l'atrophie et la sclérose du pancréas, soit l'augmentation du tissu pancréatique, il n'a pas hésité à administrer les préparations pancréatiques. Sous leur influence les déjections ont apparu plus homogènes et mieux liées; les aliments prescrits ont été mieux digérés; les forces sont revenues assez vite; le poids du corps a augmenté sensiblement.

En résumant les observations qui précèdent; nous dirons avec M. le Dr. Huchord: " Dans les cas où la pepsine agit mal " ou incomplètement, la pancréatine, est destinée à rendre les " plus grands services, et c'est pour cette raison que nous signa- " lons ce médicament à l'attention des médecins.

III. Mais si la pancréatine agit aussi efficacement dans les affections morbides nettement caractérisées, n'est-il pas évident qu'elle doit jouer un rôle salutaire dans la prophylaxie des prédispositions, ou des premières manifestations des troubles de la digestion, alors que l'équilibre physiologique est rompu entre l'acidité sécrétée par l'estomac, et l'alcalinité apportée par la bile dans le duodenum. En d'autres termes, cette longue série de dyspepsies reliées à d'imparfaites digestions stomacales, ou à de laborieuses digestions intestinales, ne doit-elle pas être heureusement amendée, combattue, par l'usage intelligent et raisonné des préparations pancréatiques?

Par cela même qu'il faut beaucoup de sagacité de la part du médecin pour reconnaître l'existence, et apprécier la nature de ces troubles fonctionnels de l'appareil gastro-intestinale, qui jouent sans cesse un rôle étiologique important dans les déviations de la santé générale, l'on ne doit jamais hésiter à régulariser et à compléter l'élaboration des matières alimentaires d'origines diverses.

Ne perdons jamais de vue: 1° que la pepsine, insuffisante à digérer le bol alimentaire n'attaque ni les fécules, ni les graisses.

2° Que le suc pancréatique plus actif saccharifie les fécules et rend les graisses plus assimilables.

Cette propriété a été très-heureusement utilisée pour l'administration de l'huile de foie de morue, dans les cas très-nombreux où l'on préconise ce médicament-aliment par excellence.

Ces notions mises en lumière dans l'enseignement officiel de Claude Bernard, de MM. Chatin et Béclard, ont trouvé leur application pratique dans les services hospitaliers des Drs. Delpech, N. Gueneau de Mussy, Gallard, Moissenet et tant d'autres.

En dernière analyse nous pouvons affirmer, avec la plus entière conviction, la raison d'être prophylactique de la pancréatine; 1° chez les dyspeptiques, qui indépendamment des troubles gastriques (perte d'appétit, digestions laborieuses, flatulences stomacales), présentent souvent des accidents intestinaux caractérisés par la constipation et la diarrhée.

2° Chez les ictériques à la première manifestation de la teinte bilieuse de la sclérotique.

3° Au début et au cours des entérites de l'enfance et de la vieillesse.

Puissent nos chers lecteurs, en raison de la grande importance du sujet, ne pas trop nous reprocher les détails minutieux et techniques qui nous ont paru cependant indispensables pour bien déterminer l'état de la question! — *Journal d'Hygiène.*

DR. DE PIETRA SANTA.

Traitement de la diarrhée de la dentition.—Le professeur *Thompson*, de New-York, est d'avis que l'irritation réflexe produite par l'évolution dentaire chez l'enfant, est capable de suspendre presque complétement la sécrétion gastrique, d'où résultent l'arrêt des digestions et l'ensemble des symptômes qui dérivent d'un pareil accident: vomissements de matières à odeur aigre, évacuations alvines avec de nombreux débris de caséum, offrant aussi une odeur de fermentation.

Pour combattre cette diarrhée, il est indiqué tout d'abord de couper court à l'irritation nerveuse. Parmi les meilleurs moyens il faut citer les scarifications des gencives, ressource des plus utiles quand on opère à propos, c'est-à-dire au moment où l'hypérémie est considérable. Il suffit alors d'extraire des gencives gonflées et rouges quelques gouttes de sang par la piqûre d'une lancette, pour amender notablement les accidents. Cette petite saignée locale a souvent d'énormes avantages, que ne pourrait faire soupçonner la simplicité de l'opération, et sans qu'on puisse donner à ce fait d'explication suffisante.

Le bromure de potassium, doué du pouvoir d'arrêter l'irritabilité réflexe et qui peut, par conséquent, mettre obstacle à la propagation des influences nervenses dérivées du mal de dent, exerce une action positive dans la diarrhée de la dentition, administré à la dose de 30 centigrammes toutes les 3 heures.

Les applications d'eau glacée, ou mieux, de glace en nature sur la tête, pourront être avantageusement employées contre les états nerveux; elles agiront secondairement sur l'estomac et les entrailles.

Le professeur Thompson recommande la diète, persuadé que l'alimentation donne des résultats fâcheux et que les aliments ingérés ne profitent pas à la nutrition.

Souvent il commence le traitement par une dose d'huile de ricin, pour débarrasser complétement le conduit alimentaire des débris d'aliments indigérés qu'il renferme.

Après la purgation et quand les accidents nerveux sont calmés, il est bon de donner avec les aliments un peu de pepsine acidifiée avec de l'acide chlorhydrique; on ajoute du sous-nitrate de bismuth quand il y a beaucoup d'irritabilité gastrique.

On calme la soif à l'aide de quelques cuillerées à soupe d'eau d'orge, d'eau de riz froide ou d'un mélange à parties égales de lait et d'eau de chaux.

Quand, au bout de deux jours de traitement, les selles sont plus abondantes et aqueuses, on peut commencer l'usage de la *mixture* de West (sulfate de magnésie, teinture de rhubarbe, sp. de gingembre, eau de menthe). qui ne contient pas d'opium, circonstance fort avantageuse, car il faut toujours faire en sorte

d'éviter l'administration de ce dernier médicament dans la diarrhée de la dentition. L'opium, en effet, s'oppose chez l'enfant à la sécrétion des sucs digestifs, et il n'est guère indiqué qu'autant que les selles sont très-abondantes et qu'on suppose, en raison de leur évacuation brusque, une exagération dans les mouvements péristaltiques. Alors on ajoute à la mixture de West quelques gouttes de laudanum.—(*Méd. Times and Gaz. et J. de thérap.*)—*Revue de thérap. Méd. Chir.*

—

Pathogénie, traitement des paralysies diphthéritiques.—M. Bouchut présente à ses auditeurs une petite fille âgée de 9 ans, entrée il y a six semaines, pour se faire traiter d'angine couenneuse et de croup. Elle a dû subir l'opération de la trachéotomie. La plaie est aujourd'hui cicatrisée. La voix qui devrait être revenue en ce moment ne l'est pas. Il est impossible à cette enfant de se faire entendre. La voix est nazonée, gutturale. On a voulu faire lever et marcher la petite malade. Elle n'a pu se tenir debout, et a fait une chute dont elle porte encore les marques sur le front. Aujourd'hui elle ne tombe plus, mais elle flageolle sur les jambes.

Ce n'est pas tout. L'enfant ne peut expectorer. Les mucosités séjournent dans les bronches, et, plus d'une fois, il y a eu de sérieuses menaces d'asphyxie.

Cet état des organes respiratoires est la conséquence d'une parésie qui a atteint le diaphragme et les muscles intercostaux. Un degré de plus, c'est la mort.

Le pouls bat irrégulièrement. Les pulsations cardiaques sont inégales, intermittentes.

Il y a donc, chez cette malade, une perturbation considérable et générale du système cérébro-spinal, qui se traduit par une parésie des membres inférieurs, du diaphragme, des muscles intercostaux et phonateurs. La septicémie diphthérique a pris fin, mais subsistent toutes ses conséquences:

Les paralysies que la diphthérie laisse à sa suite, ne sont guère connues que depuis trente ans. On croyait qu'il en était de même de l'angine couenneuse. Mais voilà qu'en remontant aux temps anciens, on en trouve la description bien nette dans les écrits du père de la médecine. La diphthérie n'est pas une maladie de notre époque. Elle sévissait dès les premiers âges ; seulement, elle était désignée sous un autre nom. L'ulcère syriaque des Grecs n'était que l'angine couenneuse et gangréneuse. Nous n'avons donc fait, encore une fois, que changer de marque le linge ancien.

Si nos pères ont connu et décrit avant nous l'angine couenneuse, encore une fois, il ne nous ont pas laissé de description de la paralysie qu'elle engendre. Cette complication, du reste, n'est encore aujourd'hui qu'incomplétement étudiée, puisque nous ne sommes pas encore d'accord sur son essence intime, sur sa spécificité.

1° Il en est qui la considèrent comme une intoxication. Pour eux, le poison diphthérique n'est pas entièrement éliminé et continue de faire sentir ses effet.

Il est, dans cette théorie, un fait qui ne laisse pas que d'être fort embarrassant pour ceux qui la soutiennent. Si la paralysie était la conséquence d'une toxémie diphthérique, elle ne se produirait qu'à la suite de la maladie couenneuse. Mais il n'en est pas ainsi : on l'observe consécutivement à un certain nombre de maladies aiguës, variole, scarlatine, etc. Elle se traduit sous les formes les plus diverses, parésies, chorée, convulsions, affections nerveuses, hystérie, etc.

2° Comme la paralysie se déclare à la suite de la convalescence, d'autres auteurs ont prétendu la rattacher à l'altération des hématies à l'anémie qui en est la conséquence obligée.

Un fait d'observation journalière, vient, encore une fois, ruiner cette vue de l'esprit. Toute maladie aiguë n'engendre pas fatalement l'anémie. Les sujets qui n'ont pas cessé de se nourrir ne présentent pas cette altération du sang. On trouve chez eux les globules aussi nombreux qu'à l'état normal. Donc, la paralysie diphthérique n'est pas sous la dépendance immédiate de l'anémie, puisqu'on la rencontre quelquefois en dehors de cette anémo-hémie.

3° Il est une troisième explication qui est beaucoup plus acceptable, car elle repose sur les bases de la physiologie.

Dans l'angine couenneuse, ainsi que dans l'ulcère syriaque, il se produit, du côté des amygdales, des anfractus profonds, des lambeaux gangréneux, masqués par les fausses membranes, qui ne sont que leur produit, et ne font que lui servir de rideau. Il est aisé de comprendre que ces ulcérations atteignent les rameaux périphériques, les ramuscules du nerf glosso-pharyngien. On conçoit que, dans certains cas, sinon toujours, par une action ascendante et réflexe, la souffrance du nerf peut remonter vers le centre de l'encéphale. Il existe des maladies primitivement centrales; mais il en est une foule d'autres qui vont de la périphérie au centre. Qui ne connaît les convulsions causées par les vers intestinaux, par l'évolution dentaire ? Les plaies du sourcil, par la section du nerf sus-orbitaire, n'aboutissent-elles pas quelquefois à l'amaurose ? La blessure de la cinquième paire détermine, par une action ascendante, l'altéra-

tion de la deuxième. De tels faits sont connus de tout le monde.

Eh bien! c'est dans un tel mécanisme que l'on trouve une explication naturelle et physiologique de la paralysie diphthérique.

L'altération qui porte sur les ramuscules du nerf glosso-pharyngien s'étend jusqu'au bulbe, pour descendre ensuite vers les nerfs palatins, visuels, phrénique, pneumo gastrique, moteurs, etc.

C'est en Allemagne surtout, qu'ont été faites jusqu'ici les recherches les plus minutieuses sur les lésions des centres nerveux consécutives aux phénomènes angineux. L'amour de l'art est poussé si loin chez nos confrères d'Outre-Rhin, qu'on rapporte le fait d'un médecin qui a autopsié le cadavre à peine refroidi de sa propre fille.

Il prétend avoir trouvé dans la moelle des exsudats fibrineux. Il y a tout lieu de croire qu'il s'en sera laissé imposer par des phénomènes cadavériques...

Des lésions plus réelles ont été nombre de fois constatées par les médecins Allemands. Ils ont trouvé des altérations des racines antérieures et postérieures de la moelle, au moment de leur sortie du canal vertébral, des hémorrhagies interstitielles, les tubes nerveux altérés, atrophiés, etc. En voilà suffisamment pour mettre hors de doute la nature organique cérébro-spinale de la paralysie diphthéritique.

Cette affection peut aussi avoir son retentissement du côté du cœur. On a quelquefois observé l'endocardite végétante, des lésions valvulaires, la myocardite. Ce sont là les conséquences de la souffrance du pneumogastrique, dont présente un exemple la petite malade dont il a été plus haut question.

Là encore ne se limite pas l'action descendante du système nerveux. Dans certains cas, l'innervation de l'œsophage ne se fait plus. De là l'insuffisance du mouvement péristaltique. On a vu, dans ces conditions, des malades menacés de mourir de faim. On a dû, pour les empêcher d'étouffer, repousser avec une bourre les aliments dans le ventricule. On en est alors réduit à recourir à l'emploi de la sonde œsophagienne.

Le traitement de la paralysie diphthéritique se borne à un bien petit nombre d'agents thérapeutiques. Il faut renoncer à l'emploi de la strychnine, de la noix vomique et à celui des autres excitants du système nerveux. Ce qui doit dominer, dans la thérapeutique, c'est la médication tonique, sous toutes ses formes et l'électricité.

Au premier titre, il faut recourir aux vins généreux, à l'eau-de-vie, au cognac; aux viandes grillées. S'il existe de l'anémie, le fer est particulièrement indiqué. Pour la pratique de la

faradisation, les petits appareils d'induction à courants interrompus sont parfaitement suffisants.

Comme adjuvants, on peut conseiller les frictions stimulantes, les bains sulfureux, salés, les bains de vapeur, aromatiques. On fera bien d'envoyer les malades à la campagne pour y respirer un air pur, de les soumettre à l'action bienfaisante d'un soleil révivifiant.

Une chose, d'ailleurs, est consolante, dans cette affection si propre à jeter l'alarme dans les familles. La guérison est la règle, et la mort l'exception.—*Revue de thérap. Méd. Chirur.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES

Abcès des amygdales.— D'après M. Verneuil, le foyer purulent dont le développement est la terminaison de l'amygdalite n'est pas placé dans l'intérieur même de l'amygdale, mais en dehors de la glande, dans le tissu cellulaire qui la sépare du fond de la loge où elle est renfermée. L'amygdale n'adhère que d'une façon très-lâche aux parois de sa loge. Venant à se tuméfier sous l'influence de l'inflammation, elle fait hernie entre les piliers antérieur et postérieur du voile du palais; et à chaque mouvement de déglutition, elle présente, grâce à son peu d'adhérence, de légers mouvements de va-et-vient d'avant en arrière qu'il est facile de constater en examinant le fond de la gorge. Cette mobilité n'est pas sans influence sur la production de l'abcès. Par le fait du déplacement continuel de la glande, il se forme en dehors de l'amygdale une bourse séreuse dans le tissu conjonctif qui s'étend d'un pilier à l'autre et qui remplit le fond de la fossette amygdalienne. C'est dans cette bourse séreuse que se développe la collection purulente.

L'abcès est toujours très-profondément situé et il est très-difficile de l'attaquer par le bistouri. Une incision dirigée sur la tumeur que forme l'amygdale dans l'isthme du gosier n'aurait aucune chance d'arriver sur lui. Il faut pour l'ouvrir traverser le pilier antérieur du voile du palais; c'est ce pilier qui, élargi et repoussé en avant, forme la paroi antérieure de l'abcès; mais le pilier antérieur est constamment épaissi par l'œdème, et pour le traverser il faudrait une incision très-profonde, incision qu'on n'ose pas faire suffisante dans la crainte de rencontrer l'artère carotide.

En somme, le précepte qui ressort des recherches de M. Verneuil, c'est d'abandonner les abcès dits de l'amygdale à leur évolution naturelle. Il ne faut pas chercher à les ouvrir; il faut attendre que le pus s'ouvre de lui-même un passage à travers le pilier antérieur. D'ailleurs cette terminaison spontanée de la maladie ne se fait pas attendre longtemps : du quatrième au cinquième jour, l'abcès s'ouvre de lui-même. — (*Gazette des hôpitaux.*)—*Lyon Médical.*

—

Anesthésie par l'iodoforme.— Dans le courant de l'hiver dernier, M. X., âgé de 25 ans, garçon très-sobre et d'une constitution robuste, vient me consulter pour une légère ulcération siégeant sur le prépuce. Ce jeune homme est sujet à des accidents herpétiques locaux, mais il a eu peu de jours auparavant des rapports suspects. Aussi, par prudence, et malgré la possibilité d'un simple herpès pudendi, je l'engage à suivre un traitement spécial, et, en outre les soins de propreté, je lui prescris un gramme d'iodoforme finement pulvérisé, comme application topique.

Le 9 mars, assez avant dans la soirée, comme on ne l'avait aperçu nulle part depuis la veille, ses amis se décident à pénétrer dans sa chambre, où ils le trouvent étendu sur son lit et plongé dans le plus profond sommeil. Comme il ne répond pas à des appels réitérés, on le secoue vivement; enfin on le réveille, et, en apercevant la lueur du gaz, il paraît tout surpris qu'on vienne le déranger d'aussi grand matin.

Enfin, après qu'on lui a expliqué sa méprise, et tout en réfléchissant à quoi il peut attribuer un sommeil aussi peu naturel, il aperçoit sa boîte d'iodoforme, oubliée sur son lit durant le pansement de la veille, et dont le contenu s'est répandu autour de lui.

M. X. n'a commis aucun excès le jour précédent, il s'est couché comme d'habitude et ne conserve aucun souvenir de ce qui a pu se passer depuis lors. Pendant la journée, on a frappé bruyamment à sa porte, et à diverses reprises: il n'a rien entendu.

Quant je le vis, deux heures après son réveil, à la suite d'un repas copieux dont le besoin s'était sur le champ vivement fait sentir, ses vêtements et son haleine exhalaient encore de fortes bouffées d'iodoforme, mais, à part quelques étourdissements légers, il n'éprouvait plus aucun malaise.

Ce fait m'a paru intéressant à signaler, surtout à cause de la faible dose d'iodoforme (un gramme seulement) qui, absorbée en minime partie par la muqueuse pulmonaire, a provoqué une anesthésie complète de près de 24 heures, quoique pendant tout

ce laps de temps l'air de l'appartement se fût largement renouvelé par une des fenêtres restée entr'ouverte.

Jusqu'ici les expériences faites sur les inhalations d'iodoforme n'auraient donné, chez divers animaux, qu'une anesthésie passagère, accompagnée d'effets hilarants qui rappellent les symptômes produits par le protoxyde d'azote, mais jamais un sommeil profond et persistant.—(*Alger méd.*)—*Revue de thérap. Méd. Chirur.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

La Glycérine créosotée contre les ulcérations du col de l'utérus, par Maurice MENDESSOHN, médecin du dispensaire à Blidah.—Au mois de mai dernier, M. le docteur Cadier préconisant, dans le numéro 54 de la *Gazette des hôpitaux*, l'usage de la glycérine créosotée dans le traitement des ulcérations du larynx ajoute qu'il croirait utile d'employer ce remède dans le traitement des ulcérations du col de l'utérus et donne, par ce fait même, avis aux chercheurs.

Ayant dans mon service du dispensaire un grand nombre de malades atteintes d'ulcérations du col de l'utérus et ayant à lutter si souvent dans ces cas-là contre l'inefficacité des divers traitements employés, je me suis décidé à avoir recours à l'application locale de la glycérine créosotée.

Mon expérimentation, portée sur 37 cas, m'a donné des résultats si satisfaisants, que je trouve utile de les faire connaître au public médical.

Je me suis servi de la formule suivante :

Créosote pure, 2 grammes. (ʒss)
Glycérine, 50 grammes. (℥jss)
Alcool, 25 grammes. (ʒvj)

Tantôt tous les jours, tantôt tous les deux jours, j'ai touché les surfaces ulcérées avec un pinceau trempé dans cette solution.

Voici les résultats obtenus, qui ont pu être aussi constatés par quelques confrères militaires de service au dispensaire :

1o Sur 28 cas *d'ulcérations simples ou érosions*, nous avons eu 26 guérisons et 2 améliorations.

La moyenne du nombre des jours de traitement était 12 jours, quoique dans deux cas d'érosions larges, soutenues par un écoulement abondant le traitement ait duré trente jours. Chez les malades des numéros 29 et 59, j'appliquai pendant un mois les divers traitements, mais sans succès, et c'est en présence

de ces tentatives infructueuses que je m'adressai à la glycérine créosotée.—Une métrite avec un écoulement était 8 fois sur 28 la cause d'ulcérations et ce sont les cas qui ont exigé le plus de temps pour se guérir.

2° 7 cas *d'ulcérations fongueuses et glaneureuses* traités par la glycérine créosotée ont donné 6 guérisons et 1 amélioration. La moyenne du nombre des jours de traitement a été 17 jours. Une malade seulement fut traitée pendant 44 jours pour des fongosités très-nombreuses, soutenues par une métrite avec un écoulement très-abondant.

3° 2 cas *d'ulcérations chancreuses* ont été traités par la glycérine créosotée pendant 30-40 jours sans aucun résultat, et je dus avoir recours à l'iodoforme, qui me rend toujours dans ces cas les plus grands services.

Conclusions.—Les résultats obtenus chez nos 37 malades nous autorisent à croire à la grande utilité de la glycérine créosotée dans le traitement des ulcérations du col de l'utérus, d'une nature non spécifique, et nous espérons que de nouvelles observations viendront confirmer les nôtres. La créosote modifiant ici la surface exulcérée et ses produits de secrétion, manifeste une action altérante locale, ayant en même temps une influence antiseptique et astringente. Une expérience ultérieure déterminera peut-être des contre-indications, qui nous échappent en grande partie, les insuccès obtenus dans le traitement des ulcérations chancreuses n'étant pas assez nombreux pour pouvoir conclure à l'inefficacité de la glycérine créosotée contre les ulcères spécifiques du col de la matrice.—*Alger médical.*

—

Excellents effets du bromure de potassium dans l'éclampsie puerpérale.—Dans l'éclampsie puerpérale, le bromure de potassium est tellement héroïque, son action est tellement sûre, que je n'hésite pas à poser le principe suivant: Le bromure de potassium, donné et absorbé à dose suffisante (5 grammes), arrête immédiatement la convulsion et assure la guérison de la maladie. Je dois toutefois prévenir le lecteur que sur les dix cas que j'ai eus à traiter, j'ai perdu une malade, mais je l'ai perdue parce que je suis arrivé trop tard.

Voici quelle est ma manière de procéder :

Lorsque je suis appelé auprès d'une femme en proie à des crises éclamptiques, je lui fais prendre d'un coup de 4 à 6 gr. (3j à 3jss) de bromure de potassium en solution dans un verre d'eau ou dans du sirop d'écorce d'orange. Une demi-heure ou trois-quarts d'heure après, les convulsions cessent pour ne plus reparaître.—Docteur Dumol.—*Lyon médical.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, MARS 1879.

Rédacteurs :

MM. LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE ET S. LACHAPELLE.

Société Médicale.

INFLUENZA.—EPIDÉMIOLOGIE.

Séance de la Société Médicale, 13 mars.

Présidence du docteur Ricard.

Lecture : " Le décubitus comme agent thérapeutique, " par docteur L. Smith. Sujet splendide, essentiellement pratique. Comme le faisait remarquer le docteur C. Filiatrault, on emploie souvent le décubitus chez un malade, mais bien peu pensent à en faire un agent thérapeutique puissant, comme il l'est réellement. En effet, combien souvent toute la thérapeutique n'est-elle pas dans ce seul mot décubitus, et cela avec résultats satisfaisants. Vous avez l'extension forcée continue à faire dans un cas de morbus coxarius, chez un jeune enfant, planche transversale, poids, etc., produisent cette extension, mais votre enfant obéissant trop à la pesanteur, se laisse entraîner au pied de son lit et fausse la position, paralyse l'effet désiré : que la position, au lieu d'être horizontale, soit déclive à l'extrémité céphalique du lit, et l'enfant fera la contre-extension par son propre poids et la guérison sera prompte.

Une jeune femme est mourante ; tout à l'heure elle regorgeait de santé, de vigueur, de sang ; elle n'en a presque plus maintenant, l'enfant qu'elle vient de mettre au monde lui a tout pris : qu'allez-vous faire ? tous les anti-hémorrhagiques les plus puissants, les plus en renommée, n'ont produit aucun

effet, la mort est proche, elle est là qui guette. Ne perdez pas courage. Faites faire un quart de cercle à votre mourante, de manière à ce que son siége touche le bord de son lit, et laissez descendre sa tête par terre, ou aussi basse que possible, de manière à refouler le sang au cerveau, dont l'ischémie amènerait un arrêt brusque du cœur et cette mort toujours si prompte : le décubitus ici est toute la planche de salut qui reste au médecin découragé.

Ce traitement simple de l'hémorrhagie après la délivrance est suggéré par le docteur Pugliège (de Tarare) et recommandé par tous ceux qui en ont fait l'essai. N'est-il pas naturel de penser à l'inversion du corps dans l'ischémie du cerveau qui est toujours la cause de la mort dans ces cas malheureux ? Ne nous contentons donc plus de la seule position horizontale.

***

La constitution médicale est à l'influenza, ce qui équivaut à dire que l'appareil respiratoire tout entier de ce temps-ci nous offre une collection nombreuse de ses états morbides de toute nature. Comme pour plusieurs maladies, l'influenza avec sa variété d'expressions n'a pas besoin d'autre traitement que quelques jours de repos "ou d'hôpital," et c'est là à peu près tout ce que nous faisons. Nous avons bien chacun notre recette, mais c'est justement à cause que les recettes sont trop différentes qu'elles équivalent à bien peu de chose. Horace Dobell, dans son petit traité de la toux et de la consomption nous suggère la médication suivante, qui, suivie méthodiquement est entre ses mains presque infaillible contre la maladie qui nous occupe. 1° Donner cinq grains de ses-carb. amm. et cinq gouttes de liqueur de morphine dans une once de tisane citrique, toutes les trois heures. 2° Le soir ℥ is liq, amm. acct. dans un verre d'eau froide, lorsque le malade est couché et bien couvert. S'il y a soif durant la nuit boire de l'eau froide. 3° Le matin enlever les couvertures les unes après les autres afin de laisser refroidir le corps graduellement avant le lever. 4° Le malade se lève comme d'ordinaire, suit à peu près le même régime alimentaire, mais continue la préparation d'ammoniaque et de morphine toutes les quatre heures. 5° La seconde nuit prendre une pillule Colocynthe Co. Il n'est généralement pas nécessaire de prendre plus de douze doses pour avoir un bon effet ; mais si le catarrhe revient, ou semble vouloir revenir, après qu'on a cessé de suivre cette médication, on peut prendre six autres doses et une pillule. Pendant ce traitement,

il est permis (admirabile dictu!) de se denner du confort alimentaire qui devra faire place ensuite à l'usage d'un bon vin pendant quelques jours. (Michigan med. herrs.) Que les catarrheux se mettent à l'œuvre et nous donnent des nouvelles de la médication de Horace Dobell! Inutile de dire qu'elle ne doit être employé que dans les cas ordinaires d'influenza. Je dis ordinaires, car il y se présente assez souvent de *beaux* cas de bronchite, des grosses bronches de pneumonie, même de nevralgie trificiale qui, ennemis plus terribles nous obligent de recourir à l'arsenal de nos classiques, passés maîtres.

***

A propos d'épidémiologie, nous avons reconnu que la théorie des petits organismes, soit végétaux, soit animaux, est celle généralement acceptée aujourd'hui pour expliquer les maladies contagieuses: elle seule peut nous expliquer une foule de phénomènes qui seraient incompris et incompréhensibles si l'on donnait à ces maladies une autre cause.

C. Von Nagelée, un savant Bavarois, de grande réputation considère cette théorie à un nouveau point de vue et qui serait d'une grande importance hygiénique.

D'après lui, les petits organismes sont la cause des maladies infectieuseses, mais ils n'agissent ainsi qu'en autant qu'ils pénètrent chez nous avec l'air que nous respirons, c'est là la particularité de sa théorie. L'infection au moyen d'une blessure, ou des organes de la digestion par l'eau ou les aliments, est impossible. Nul doute qu'il y a de puissantes raisons pour admettre cette nouvelle opinion. C'est parfaitement établi en effet que nous mangeons souvent une nourriture surchargée d'organismes microscopiques et cela sans mauvais effet. Il est suffisant de mentionner le fromage de Roquefort, les cornichons vinaigrés etc. L'eau considérée comme malsaine ne renferme pas des produits de décomposition autres que ceux trouvés dans l'alimentation. Ne voyons nous pas dans les grands territoires, tels que le Karat, les peuples accoutumés à boire continuellement de l'eau malsaine et cela sans être victimes de maladies malignes. Si la théorie de Von Nagelée est vraie, elle va produire une révolution complète dans les principes d'hygiène publique et dans leur application pratique. En effet nous ne devons plus désormais nous inquiéter des produits de décomposition qui partout ou on les trouve, et on les trouve partout, sont une cause d'effroi: au contraire leur assèchement est seule cause de la dissemination dans l'atmosphère de

ces germes redoutables et nous devons faire tout en notre pouvoir, seulement pour prévenir cette émigration malsaine.

Telle est la doctrine de Von Nagelée, que nous sommes loin d'approuver, mais qni n'en existe pas moins puissante dans le cerveau de son auteur et de ses adeptes. Le *Scientific Américain*, consacre une étude à ce sujet dans un de ses derniers numéros, ou nous avons puisé cette manière nouvelle de contempler la théorie des germes.

Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, Université Victoria.

—

Cette institution a terminé ses cours la semaine dernière, et après les examens habituels, elle a admis à la pratique de la médecine avec le titre de M. D. les MM. dont les noms suivent : Evariste Duquette, G. Aubin, Wilfred Beaupré, J. A. Provost, G. L. Laforest, P. A. Leblanc, Zotique Auclaire, Raymond Chagnon, Jean Girouard, Robert St. Jacques, Jérémie Pratte, L. L. Auger, J. E. Mathieu, A. F. Fleury, G. E. Létourneau, R. N. Forté, Napoléon Malo, J. A. Foucher, P. E. Marié, Louis Grandpré, Séraphin Gauthier, Ad. Plante, Louis Boucher, Télesphore Coté, E. C. Lalonde, J. L. Germain, Camile Coté, Joseph Bergeron, E. T. Gaudet, A. A. Lefebvre, J. T. Lafortune, Moïse G. Lafontaine, Albert Laurendeau, Marc Guertin, E. C. Jenigor, L. A. Massé, Ernest Legris, A. Grandpré, Samuel Desjardins, Zotique Laroche, Paul Renaud, Séph. Falcon, F. X. Laflèche, Z. Normandin, A. S. Alain, Oswald Goyer, J. A. M. Elie, Melville de Laval, G. A. Lacerte, James Ward.

Plusieurs de ces messieurs ont été admis a passer leur examen final, trois ans seulement, après leur admission à l'étude de médecine. Nous ne savons comment ceux-ci pourront obtenir la licence du Bureau provincial de médecine. Car, la loi dit expressément que le candidat, pour avoir droit à cette licence, devra " avoir étudié sans interruption pendant une période de pas moins de quatre années a dater de son admission à l'étude de la médecine."

Ces remarques ne sont nullement dirigées contre les porteurs de diplômes eux-mêmes, ils peuvent être aussi capables que les élèves de quatrième année, c'est le principe que nous défendons.

L'Union Médicale a trop combattu, depuis sa fondation, pour obtenir ces réformes, dans notre législation médicale, elle ne saurait les laisser ignorer sans protester.

Université Laval et Ecole de Médecine.

—

Nous croyons devoir reproduire la lettre suivante de Mgr l'Evêque de Montréal, publiée par *La Minerve* du 4 courant. L'importance de ce document nous y autorise: d'autant plus, qu'il justifie entièrement la ligne de conduite suivie par l'*Union Médicale* dans cette grave question, qui nous intéresse si vivement.

MESSIEURS,

Dans votre numéro du 19 mars dernier, vous aviez pris une sage décision pour mettre fin à de nouvelles correspondances sur la question brulante de l'Ecole de Médecine de Montréal et l'Université Laval. Car, ces correspondances commençaient à ne tourner plus que dans le cercle des personnalités, qui ne peuvent que produire l'aigreur dans les cœurs, sans ramener l'union dans les esprits, en préjugeant plutôt qu'en éclairant le public sur ce conflit. J'aurais souhaité que cette sage résolution eût été maintenue; et ma volonté présentement est que tous les catholiques de mon diocèse s'abstiennent désormais de lancer aucun écrit sur cette question; car, il est facile de se convaincre que ces correspondances tendent ouvertement à la critique de ce que j'ai cru devoir faire pour le bien. Il est vrai que j'enlève ainsi à M. le docteur Rottot, vivement attaqué dans la dernière correspondance, l'occasion de se défendre, quoique je sache que ce Monsieur soit en demeure de répondre victorieusement aux attaques dirigées contre lui; mais M. Rottot trouvera sa consolation et la compensation à toutes ces misères dans sa propre conscience; car, ce Monsieur peut se glorifier d'avoir sincèrement et loyalement marché avec l'autorité constituée dans le Diocèse, c'est-à-dire, avec son évêque.

J'ai l'honneur d'être,
Messieurs,
Votre très humble serviteur,

† EDOUARD CHS., Evêque de Montréal.

VARIÉTÉS

—

Expertises scientifiques.—Au congrès international de médecine légale M. Daremberg a demandé, que les experts soient choisis à l'avenir d'une manière spéciale, d'après un règlement formulé dans les propositions suivantes:

I.—Il est institué auprès de chaque Faculté mixte de médecine et de pharmacie un institut spécial de médecine légale et toxicologie, dont les fonctionnaires sont nommés au concours, réglé d'après un réglement administratif

II.—Lorsque, après une autopsie légale, une analyse chimico-légale aura été reconnue nécessaire, les parties incriminées, recueillies et scellées selon les règlements en usage, seront envoyées dans les Instituts officiels de toxicologie.

III.—Lorsqu'une contre-expertise sera demandée par le représentant du Gouvernement ou la partie civile, les experts ne pourront être choisis que parmi les chimistes docteurs ès sciences reçus auprès d'une Faculté reconnue par l'Etat.

IV.—Lorsque la Cour aura constaté qu'un différend sérieux existe entre les divers experts choisis par les parties au sujet d'un empoisonnement présumé, le débat sera jugé en dernier ressort par la Société de médecine légale, réunie en séance spéciale.—*Revue de Littérature médicale.*

—

Cendrillon en Amérique.—On lit dans le *Philadelphia Times :*

Un chirurgien de notre ville est en train de faire fortune au moyen d'une innovation dont toutes les dames raffolent.

Il s'agit cependant d'une opération chirurgicale.

Les coquettes Pensylvaniennnes, voulant à toute force avoir les plus petits pieds de l'Amérique, se font enlever le petit doigt des deux pieds; cette opération subie sans douleur, à l'aide du chloroforme, a pour effet de donner aux extrémités une exiguité extraordinaire.

Les Athéniens, amoureux de leur forme, n'eussent jamais imaginé cette ignoble mutilation.

—

Homicide par imprudence.—En février dernier, un ouvrier voulant se purger avec de la rhubarbe, se présenta chez un pharmacien qui lui remit, au lieu de cette substance, une forte dose d'ellébore. Quelques instants après l'ingestion, le malade se sentit fort mal; il expirait au bout de trois heures.

Le pharmacien soutint qu'on lui avait demandé de l'ellébore. L'autopsie, ordonnée par le parquet, démontra que les lésions intestinales se rapportaient à l'action de l'ellébore. Considérant que le pharmacien, en livrant cette substance, avait eu le tort de ne faire aucune recommandation et de ne pas placer sur le papier sa double étiquette ; rouge, orange et noire, qui indique l'usage externe, la Cour de Nîmes a confirmé le jugement qui avait condamné ce pharmacien à un mois de prison et 200 fr. d'amende, pour homicide par imprudence.—(*Journal de médecine et de pharmacie de l'Algérie.*)

—

Appréciation de la thermométrie.—Un malade avait une pneumonie, et plusieurs fois par jour on lui appliquait le thermomètre pour se rendre compte de l'état de la température. Quand la convalescence survint, les applications du thermomètre furent suspendues, mais le malade en réclama de nouveau l'application, disant *que jamais on ne lui avait appliqué un remède qui lui fit autant de bien que celui-là.*

Brochures reçues.

—

Transactions of the Medical Society of the State of Tennessee at its forty-fifth annual mutiny, 1878.

The second annual report of the Board of Trustees of the Western Pensylvania institution for the instruction of the deaf and dumb, for the year ending september 30, 1878.

Consumplion and its treatment with the Hypophosphites, by *J. A. McArthur, M. D.* (Harv.)

A case of inflammatory Fungoid Neoplasm, by *Louis A. Duhring, M. D.*, professor of skin diseases in the hospital of the University of Pensylvania, etc., etc.

Yellow Fever, facts as to its nature, prevention and treatment, by *John B. C. Gazzo, M. D.*, Parish of Lafourche, La., 1878.

NAISSANCE.

Le 26 Mars dernier, au No. 65 Rue Dubord, Carré Viger, la Dame de G. O. Beaudry, M. D., une fille.

DÉCÈS.

En cette ville, le 14 Mars dernier, âgée de 17 jours, Marie, Anna, Angelina, enfant du Dr. J. Gagnon.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la position dans le traitement des maladies.

Par Arthur Lapthorn Smith, B. A., M. D., Laval.

Membre du Collége Royal des Chirurgiens d'Angleterre, Fellow of the Obstetrical Society of London.

(*Lu devant la Société Médicale de Montréal.*)

Messieurs,

Avant d'entrer en matière, permettez-moi de vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait, en m'admettant au nombre des membres de la Société Médicale. Laissez-moi de même exprimer l'espoir que la bienveillance avec laquelle vous m'avez accueilli, me sera encore témoignée à l'occasion de ce travail, le premier qu'il me soit donné de vous soumettre.

J'ai choisi le sujet que je viens de vous indiquer, parce que, d'une part, il importe beaucoup à nous qui sommes praticiens et qui laissons aux allemands l'honneur des théories, de connaître tous les moyens à notre disposition pour atteindre le but essentiel de notre art, je veux dire le soulagement ou la guérison des maladies que nous sommes appelés à traiter; et que, d'autre part, on néglige trop souvent, quand on ne les ignore pas, les forces thérapeutiques, dont nous pouvons disposer, par la raison toute simple que nos traités de médecine et de chirurgie en font rarement mention, ou n'y attachent aucune importance.

Pendant les quelques minutes que nous pouvons consacrer à ce sujet, il est impossible, on le comprend, d'énumérer tous les cas dans lesquels la position tient une place importante comme moyen de traitement, je me contenterai d'appeler votre attention sur quelques-uns des cas les plus intéressants dans les trois branches de l'art de guérir.

Dans une forte proportion des cas fatals de fièvre typhoïde, la mort est due, non à la fièvre elle-même, mais aux complica-

tions et séquelles, parmi lesquelles les *bed sores* sont une des plus fréquentes et des plus dangereuses. Or, comme ils sont souvent d'un traitement difficile, ils causent au médecin beaucoup d'anxiété et d'ennui. Les *bed sores* sont des plaques de gangrène résultant d'une pression trop longtemps continuée, et se montrent dans toute maladie dans laquelle une vitalité amoindrie, ou la faiblesse de la circulation se rencontre chez un malade qui a gardé longtemps la même position. Dans les hôpitaux de Londres ils sont rares, car, dans tous les cas où il est probable que le patient devra garder pendant quelque temps la position horizontale, les parties exposées à la pression sont fréquemment lotionnées avec l'alcool, et les gardes-malades comprennent combien il est important de changer souvent la position du malode, de façon qu'aucun point de la surface cutanée ne soit exposé pendant longtemps à une pression continuelle.

Ce changement fréquent de position dans la fièvre typhoïde est aussi d'une importance majeure, pour une autre raison. Ainsi, j'avais sous mes soins immédiats, l'été dernier, à l'hôpital des enfants, à Londres, un garçon de 13 ans malade de fièvre typhoïde. Comme la peau de ce patient était plus saine qu'elle n'a l'habitude de l'être chez ces malades, la garde-malade se contentait d'appliquer la lotion alcoolisée tous les matins, sans changer la position pendant la journée; de sorte que pour plusieurs heures consécutives il restalt couché sur le dos, dans un état demi comateux. Heureusement que dans tous les cas de ce genre, j'avais l'habitude d'ausculter la base des deux poumons dans la région sous-scapulaire et cela tous les deux ou trois jours, de sorte que je découvris bientôt des signes d'hépatisation à la base des poumons dans ce cas. C'est là une des complications les plus graves, se montrant 100 fois sur 1400 cas et amenant la mort chez à peu près 50 pour cent. Deux causes se combinent ici pour amener ce résultat, la faiblesse d'action du cœur et la force de gravitation du sang. Quand la force de propulsion du cœur s'affaiblit au point de tomber au-dessous de la normale, les artères sont moins remplies, tandis que les veines le sont davantage; d'un autre côté, plus le courant sanguin est lent, plus la force de gravitation est mise en jeu. Alors le sang s'accumule dans les parties les plus déclives du poumon et il y a congestion hypostatique. Le tissu pulmonaire s'infiltre, se gonfle, la capacité des alvéoles est amoindrie par la surcharge qui s'est faite dans les vaisseaux, ainsi que par la tuméfaction du tissu, et les derniers vestiges d'air sont chassés par l'effusion de liquide. Telle était probablement la condition des poumons chez mon jeune patient quand je découvris chez lui, matité

absolue et absence complète du murmure respiratoire sur un espace de 5 pouces à la base du poumon gauche et de 4 pouces à celle du poumon droit. Je fis immédiatement changer sa position de dorsale en abdominale, et, le matin suivant, la matité était presque disparue et les râles bronchiques étaient remplacés par de la petite crépitation, Le lendemain, les deux poumons étaient tout à fait libres et sonores dans toute leur étendue. L'enfant guérit, mais je ne doute pas que, si sa position n'eut été changée, la congestion hypostatique et l'œdème n'eussent été chez lui la cause immédiate de la mort.

Dans ces cas incurables d'hydropisie dûs à des altérations de structure du rein, j'ai vu des malades passer les derniers mois de leur vie dans de grandes souffrances vu la distension des différentes cavités, ainsi que de la peau des jambes. Quelque fois même un grand morceau de peau se gangrène aux pieds, laissant un ulcère inguérissable. C'est dans un des hôpitaux de Londres que j'ai vu pour la première fois, le petit instrument que voici. En élevant de 6 pouces la tête du lit au moyen de pièces de bois, afin que le liquide épanché puisse graviter vers les pieds, et en introduisant cette petite canule à l'aide du trocart, et ensuite, en y attachant le tube de caoutchouc, on peut établir un véritable drainage systématique du patient frappé d'hydropisie. Or comme la douleur est nulle, les malades qu'effraierait le trocart abdominal ne feront aucune objection à l'introduction de cette petite aiguille. On peut empêcher le patient de glisser au pied de son lit au moyen d'une camisole placée autour de la poitrine, et à laquelle sont attachées des bandes retenues à la tête du lit.

C'est naturellement dans les *cas chirurgicaax* que la position trouve ses plus nombreuses applications. A l'hôpital des enfants, nous étions singulièrement heureux dans le traitement de nos cas de fracture du fémur ; tellement que je n'hésiterais pas à faire la section du fémur pour la cure du *genu valgum* car je suis certain que les extrémités des fragments s'uniront dans quelque position qu'il me plaira de les mettre.

Notre succès était dû au soin avec lequel nous disposions le membre dès les premiers instants, de sorte que nous pouvions maintenir les fragments absolument dans la même position, depuis le commencement jusqu'à la fin du traitement. Comme cela peut être de quelque intérêt pour vous, vous me pardonnerez si je m'écarte un peu de mon sujet pour vous en faire la description. Une longue bande de sparadrap est appliquée au genou, et, suivant la face interne de la jambe, va contourner la plante du pied pour revenir au genou par la face externe du membre. Nous laissons cependant au niveau du talon une ganse

d'à peu près 3 pouces. Cette longue bande est maintenue plus fermement adhérente par un certain nombre d'autres petites bandes plus étroites, qui entourent la jambe. La cheville est enveloppée dans du *coton-laine*, après quoi, un bandage est soigneusement appliqué sur le pied et la jambe. Il reste maintenant à appliquer une longue clisse, ce que nous appelons *box-splint*. Celle-ci consiste en deux morceaux de bois unis à leurs extrémités par un morceau transversal. Elle est suffisamment longue pour dépasser de 3 pouces la plante du pied et venir se terminer à 3 pouces du creux de l'aisselle. On a soin de la bien rembourrer à l'avance, surtout au niveau du talon et de la crête iliaque. Une corde fixée à une poulie et à laquelle on attache une pesée est alors passée dans une ouverture du morceau transversal et finalement attachée à la ganse du sparadrap. On pose alors avec beaucoup de soin un bandage sur tout le membre du côté malade. Celui du côté sain est aussi rattaché et on continue l'application du bandage autour du bassin et de la taille.

Avec un tel appareil on peut tourner l'enfant sur le ventre ou l'élever au-dessus du lit sans changer du tout les rapports des fragments l'un à l'autre. Par l'addition d'une feuille très mince de *gutta percha* pardessus le tout, et qu'on colle parfaitement au moyen d'une goutte de chloroforme, une seule application de l'appareil peut rester jusqu'à ce que l'union soit complète.

En élevant le pied du lit sur des petits billots de bois, l'enfant, par son propre poids, constitue la seule contrextension nécessaire. Le poids d'extension doit avoir à peu près une livre pour chaque année de l'âge de l'enfant. Dans plusieurs cas ainsi traités j'ai pu renvoyer l'enfant chez lui dès le 19ème jour, ayant eu soin de consolider le membre au moyen d'un bandage en plâtre de Paris, et, le 29ème jour après une fracture complète du fémur, l'enfant revenait *à pied* à l'hôpital. Ce résultat très satisfaisant est dû surtout aux moyens que nous avions de maintenir les fragments dans la même position dès le début.

Un autre cas dans lequel il peut devenir très utile de savoir quelle position à donner au malade est la courbure latérale du rachis. Comme vous le savez tous, le traitement des courbures angulaires a subi une modification matérielle dans ces dernières années. Au lieu de laisser le patient déjà affaibli, le devenir plus encore en le gardant longtemps au lit, alors qu'en même temps la douleur des surfaces osseuses malades cause une irritation réflexe et spasmodique des muscles spinaux augmentant ainsi le mal qu'il fallait guérir, au lieu de cela, dis-je, le patient est suspendu, et, après que la courbure a été redressée par le

poids du corps, on applique le bandage Sayre. Par ce moyen les surfaces malades sont forcément séparées et le poids de la tête et des épaules étant enlevé de la colonne vertébrale, le patient peut jouir de l'air et du soleil, ces deux facteurs si importants dans le traitement des maladies strumeuses. Mais je voudrais plutôt, vous parler d'une courbure du rachis tout à fait différente de celle-ci, et dans laquelle il n'y a aucune maladie de structure soit des os soit des cartilages. Il y a seulement faiblesse des ligaments et des muscles d'un côté, de façon que la partie supérieure de la colonne vertébrale tombe d'un côté ou de l'autre. C'est ce qu'on appelle courbure latérale. L'accroissement de poids d'un côté comprime le cartilages inter articulaires qui sont très élastiques ce qui augmente encore la difformité. Dans le traitement de cette affection pour laquelle nous sommes si souvent consultés par les mères anxieuses, surtout dans la haute classe, quelques-uns des meilleurs chirurgiens anglais ont entièrement abandonné l'usage de ces horribles instruments de torture inventés dans l'intérêt des fabricants d'instruments, comme étant non-seulement inutiles mais encore positivement nuisibles. Ils recommandent au coutraire la position horizontale pendant deux ou trois heures par jour, ainsi que pendant toute la nuit, l'oreiller étant enlevé de dessous la tête et placé sous le bras du côté vers lequel se dirige la convexité de la courbure. Le poids de la tête agit ainsi à la façon d'un levier et l'oreiller comme point d'appui. Les muscles du côté faible ou convexe doivent être stimulés par des frictions à l'eau salée ou par l'électricité. Lorsque le patient n'est pas dans la position ci-dessus indiquée il doit sortir à l'air libre et prendre quelque exercice actif.

Un autre cas dans laquelle la position a pris la place des appareils chirurgicaux, est la fracture de la clavicule. Le fait est que quand un homme est couché sur le dos, l'épaule tombe en arrière; de plus, le poids du bras étant enlevé, l'épaule remonte. J'étais un peu surpris de voir dans quelques hôpitaux de Londres que le seul traitement de ces fractures pendant les 7 ou 10 premiers jours, était de donner une injection hypodermique de morphine, et de mettre le malade sur le dos dans son lit, en donnant des ordres pour qu'il gardât cette position autant que possible. Après que le col s'était formé on appliquait le bandage ordinaire et on laissait le malade se promener.

Dans le traitement de l'orchite et de l'épididymite, qu'elles soient blenorhagiques ou non, il est de la plus haute importance non seulement de garder le malade au lit, mais encore de tenir le testiculle élevé au moyen d'un oreiller placé entre les jambes. Vous vous rappelez sans doute que les veines

spermatiques se jettent dans les veines rénales, et qu'elles sont dépourvues de valvules, et que, par conséquent, la pression que supportent les testicules d'un homme qui se tient debout, est très grande.

Dans les opérations qui se pratiquent dans la bouche, soit pour la séparation congénitale de la voûte palatine, soit pour l'extirpation de la langue ou pour l'avulsion d'un polype pharyngien, nous sommes continuellement interrompus par l'écoulement de sang dans le larynx, ce qui menace d'asphyxier le malade, car celui-ci étant sous l'influence d'un anesthétique ne peut plus avaler. Nous pouvons remédier à cet inconvénient en élevant les pieds et abaissant la tête du patient de manière que le sang s'accumule dans le cul de sac au sommet du pharynx d'où nous pouvons l'enlever de temps en temps avec des éponges.

Je me rappelle avoir vu à ce propos un homme mourir de suffocation. Il s'était coupé la gorge avec une paire de ciseaux : le médecin avait ligaturé quelques artères qui rendaient beaucoup, puis on l'avait mis au lit avec 5 ou 6 oreillers derrière lui. Les cils de l'epithelium des bronches peuvent à l'état normal remonter le mucus comme vous le savez, mais ils ne pouvaient pas combattre la force de gravitation qui attirait en bas une once ou deux de sang à la fois. On entendait le sang bouillonner dans les bronches, mais les médecins n'avaient pas pensé d'abaisser la tête du patient pour laisser écouler le sang, de sorte qu'il devint de plus en plus cyanosé, et la mort eu lieu par suffocation.

Inutile de mentionner encore les ulcères variqueux de la jambe. Vous avez tous eu l'expérience des difficultés que nous rencontrons dans leur traitement si nous essayons de les guérir sans donner au malade l'avantage du decubitus horizontal. Avant de laisser le chapitre de la chirurgie, je dois dire que plusieurs chirurgiens de Londres ont mis de côté le bandage d'Esmarch pour arrêter l'hémorrhagie dans les opérations qui se pratiquent sur des membres affectés de suppuration. Ils se contentent de tenir le membre élevé pendant quelques instants, puis d'appliquer un tourniquet ; ceci a l'avantage de ne pas pousser dans la circulation veineuse des matières putrides qui deviendraient plus tard les foyers d'autant d'abcès multiples.

Il ne nous reste plus qu'à donner un exemple du sujet qui nous occupe, tiré du domaine de l'art obstétrique. Il arrive quelquefois qu'un médecin soit appelé au lit d'une femme qui, ayant perdu beaucoup de sang, comme cela se voit dans les cas de *placenta prævia*, s'est évanouie, et qui s'en va mourant parce que les centres nerveux qui président aux fonctions respira-

toire et circulatoire sont privés du liquide nutritif qui leur était nécessaire. Fidèle à notre devoir de prolonger la vie, nous devons ne pas perdre une minute, ôter les oreillers puis élever le pied du lit. Le Dr Meigs, de Philadelphie, dit avoir de la sorte réussi dans beaucoup de cas du même genre.

Vous êtes tous des obstétriciens bien expérimentés et je n'ai pas besoin de vous dire combien la position horizontale est importante à la suite de l'accouchement à terme. La matrice a alors, au moins 20 fois le poids qu'elle avait avant la grossesse (étant de 24 à 40 grammes chez les filles pubères ; et 1200 à 1500 grammes chez des femmes qui viennent d'accoucher) par conséquent, si une femme se met debout ou même s'assied dans son lit avant que l'uterus ait repris son volume normal, on comprend combien est grand le danger qu'elle court d'être atteinte de prolapsus de cet organe.

Mais si la position horizontale est importante pour une femme qui accouche à terme quand la matrice est dans toutes ces conditions nécessaires à son retour naturel à l'état de santé, à plus forte raison est-elle de rigueur, à la suite de l'avortement. Ici le développement de l'utérus est arrêté soudainement, c'est-à-dire avant que les tissus et le système aient atteint les conditions favorables à l'involution rapide et complète. Dans les premiers mois de la grossesse, la contractilité musculaire qui, en comprimant les vaisseaux et en diminuant la quantité de sang dans l'organe, est la première cause de l'involution, n'est pas si efficace qu'elle ne l'est à terme. La position verticale pendant la première ou deuxième semaine augmente la tension vasculaire, ce qui augmente aussi la vascularité et empêche ensuite l'involution.

La gravitation s'ajoutant ainsi à la pression hydraulique on est presque certain de voir survenir quelques uns de ces displacements qui fatiguent tant les malades et ennuient outre mesure le médecin.

En terminant, messieurs, permettez-moi d'exprimer mes remerciements pour l'attention que vous avez bien voulu m'accorder pendant la lecture de ces quelques idées réunies sous le titre de *La position comme agent thérapeutique.*

Un des membres de la société s'étant informé si, à Londres, dans la fracture de la clavicule les chirurgiens mettaient un coussin sous le dos du patient, entre les épaules, le Dr Smith a répondu négativement, mais que, cependant quelques chirurgiens placent un oreiller sous la tête du malade, dans le but,

disent-ils, de tenir en repos le muscle sterno-cleido-mastoidien, qui sans cela, pourrait exercer une traction sur le fragment interne de la clavicule.

Un autre membre ayant demandé quelques explications au sujet du traitement auquel le Dr Smith a fait allusion en parlant du *genu valgum*, le lecteur répondit à peu près comme suit :

Comme on le sait, dans le *genu valgum* le condyle interne du fémur est plus long qu'à l'état normal, soit parce que, comme tout os atteint de rachitisme, il augmente rapidement de volume pendant la première période de la maladie, soit que le tiraillement continuel du ligament latéral interne allonge le tissu encore mou de l'os.

Un chirurgien de Lyon à eu l'idée d'enlever un morceau du condyle en forme de coin, ce qui raccourcit le condyle et permet au membre de se redresser. Cette opération n'étant pas sans danger, le Dr Ogsten, de Glasgow, fait la section du condyle interne au moyen d'une scie ; le condyle ainsi sectionné étant ensuite remonté au même niveau que le condyle externe, et la jambe étant redressée, l'union des fragments pouvait se faire dans la nouvelle position qu'on leur avait donnée. L'opération se fait avec les précautions antiseptiques ordinaires.

Le Dr Reeves de l'hôpital des enfants à Londres, ou le Dr. Smith était interne, préfère atteindre ce but par une opération sous cutanée. Il fait une petite incision verticale dans la peau au niveau de la partie supérieure de l'échancrure intercondylienne. Dans cette incision il introduit un ciseau gradué, et l'ayant trourné de manière à le placer transversalement, il le frappe avec un maillet jusqu'à ce qu'il l'ait fait pénétrer jusqu'au cartilage qui tapisse la surface articulaire. Puis il retire l'instrument, ferme la plaie et complète la séparation des fragments au moyen de la manipulation forcée.

Ce dernier procédé a aussi le désavantage de provoquer quelque fois une arthrite. Pour éviter cela, M. Parker, chirurgien du même hôpital, fait par le même procédé du ciseau, la section complète de l'extrémité inférieure du corps du fémur, mais en un endroit assez élevé pour éviter d'ouvrir la membrane synoviale de l'articulation. Il n'a plus à traiter alors qu'une fracture simple du fémur, ce qui constitue chez l'enfant, grâce au procédé décrit plus haut, une affaire tout à fait sans danger.

De la Neurasthénie.

PAR H. E. DESROSIERS, M. D., LAVAL.

(*Lu devant la Société Médicale de Montréal.*)

(*Suite et fin.*)

Epuisement Spinal.—Si nous passons maintenant à l'examen des symptômes de l'épuisement spinal, nous y retrouverons une partie des signes déjà énumérés à l'occasion de l'épuisement cérébral. Mais tandis que dans la *Cérébrasthénie*, ces troubles se manifestent surtout et primairement dans la sphère intellectuelle, dans la myélasthénie au contraire, ils se montrent d'abord dans la sphère sensitivo-motrice. Ainsi, nous avons comme symptômes prédominants de cette dernière affection, des *douleurs le long du rachis*, douleurs tout-à-fait spontanées, variables, quant à leur forme et à leur dégré, mais lancinantes presque toujours, se manifestant en aucun endroit de la moëlle épinière depuis la portion cervicale jusqu'au coccyx, et s'irradiant la plupart du temps le long des membres, accompagnées ou non de *tremblements* dans ces mêmes membres. Les douleurs existent fréquemment dans ceux-ci, sans se faire sentir simultanément le long de la colonne vertébrale.

Il y a *hyperesthésie des surfaces cutanées et muqueuses.* Les muqueuses qui en sont le plus souvent atteintes sont celles de la trachée, du pharynx et de l'urèthre. Quant à la peau, l'hyperesthésie y revêt les formes les plus variées. Tantôt c'est une excessive impressionabilité aux moindres variations de température et surtout au froid; tantôt ce sont des *accès de frissons* localisés alternant avec d'autres *accès de chaleur*, ou encore, une sensation permanente de *froid*, généralement limitée à certaines régions; tantôt enfin, ce sont des sensations de *fourmillement*, *d'engourdissement*, de *piquement*, de *pincement*, soit localisées elles aussi, soit étendues à toute la surface cutanée d'un ou de plusieurs membres, quand ce n'est pas du corps tout entier.

De tous les symptômes précédents, le plus remarquable est, sans aucun doute, la douleur rachidienne dont on distingue deux variétés. La première est spontanée, souvent erratique, et présentant des caractères variables, tantôt sourde et obscure, tantôt aigüe, avec élancements névralgiques et irradia-

tions douloureuses dans les parties voisines ou éloignées, comme nous l'avons vu pour les membres. La seconde est désignée par Jaccoud sous le nom d'*apophysialgie*. C'est ce que Trousseau appelait *point apophysaire*. Cette douleur que l'on rencontre limitée à une seule vertèbre dans l'irritation spinale proprement dite, est étendue, dans la myélasthénie, à plusieurs apophyses épineuses, quelquefois à toute une région, plus rarement à toute la colonne vertébrale. Pour en constater l'existence, il suffit de presser les apophyses épineuses des vertèbres. Son intensité, qui est parfois considérable, serait, d'après Hammond en rapport avec la gravité de la maladie.

Indépendamment de ces douleurs rachidiennes, on observe, comme on vient de le voir, des *névralgies* proprement dites, siégeant le plus souvent sur les branches dn trijumeau et des plexus brachial et sacré. Voilà pour les nerfs de la sensibilité thermique, tactile et douloureuse.

Du côté des nerfs moteurs, les troubles ne sont pas moins intéressants à étudier, bien qu'ils ne puissent être constatés que dans les cas avancés de la maladie. Ils consistent en *spasmes* locaux, soit spontanés, soit provoqués par des causes insignifiantes, en *tiraillements* et *soubresauts* musculaires qui viennent assaillir le patient au moment où il vient de se mettre au lit et de s'endormir, en *rigidités*, *engourdissements*, *etc.*

Je n'ai, pour ma part, jamais rencontré de *convulsions* dans des cas de cette nature, mais certains auteurs les admettent comme possibles. Quelques-uns en ont même rencontré d'assez violentes. Ces convulsions auraient à la fois le caractère des convulsions hystériques et épileptiques.

Les *anomalies de sécrétions* ne sont pas rares dans l'histoire de la myélasthénie, et cela se conçoit bien facilement. Je mentionnerai entre autres une *sécheresse obstinée de la peau*, pouvant être remplacée chez d'autres sujets, par une *moiteur* constante de cette membrane.

Si nous passons à l'examen des organes internes, nous verrons qu'ils peuvent aussi être *hyperesthésiés*, mais cela est assez rare. Plus souvent, ils sont dans un état de *torpeur* ou de *parésie*, ce qui ne les empêche pas, toutefois, d'être sensibles à l'action de la moindre cause inefficiente à produire des effets semblables à l'état normal. C'est surtout dans le canal intestinal, où ils se traduisent par la constipation, et dans les organes génitaux urinaires, que l'on peut constater ces phénomènes parétiques. Nous trouverons donc ici l'*incontinenee d'urine*, (*atonie du sphincter*) la *rétention d'urine*, (paralysie de la couche musculaire de la vessie), les *pertes séminales* involontaires, et cet ensemble de phénomènes qui participent à la fois

de l'exaltation fonctionnelle et de l'atonie, et auquel on a donné le nom de *faiblesse irritable* des organes génitaux, et, finalement, *l'impuissance* chez les sujets qui ont abusé outre mesure des fonctions génitales.

La migraine avec ses diverses manifestations, l'insomnie, et surtout la dyspepsie nerveuse et la constipation, désordres que nous avons étudiés à l'occasion de la cérébrasthénie, doivent aussi être mentionnés au nombre des symptômes de l'épuisement spinal, et cela doit sembler tout naturel si l'on comprend bien la pathogénie de la maladie que nous étudions.

Epuisement sympathique.—Cette forme de la neurasthénie a été beaucoup moins étudiée que les deux précédentes. Plusieurs pathologistes ne l'admettent pas comme variété distincte. On comprend qu'il est difficile de séparer, même théoriquement, la symptomatologie de l'épuisement sympathique de celle de l'épuisement spinal. Ces deux ordres de signes se confondent parceque tous deux ont trait aux phénomènes dits réflexes. De plus le nerf grand sympathique est si intimement uni au centre cérébro-spinal qu'on ne saurait concevoir une maladie de celui-ci sans y joindre l'idée d'un trouble quelconque dans le fonctionnement des organes ou appareils placés sous la dépendance du grand sympathique. Dans les quelques cas que j'ai vus, l'épuisement sympathique semblait être consécutif à la myélasthénie.

Malgré que les signes propres à chacune de ces deux variétés d'asthénie nerveuse se confondent le plus souvent les uns avec les autres, il est cependant un ordre de symptômes que nous ne pouvons méconnaître et qui se rattache presque exclusivement à l'asthénie du grand sympathique. Je veux parler des troubles de la circulation. Le grand sympathique est le nerf moteur, non-seulement du cœur, mais encore des vaisseaux sanguins. C'est lui qui fournit à l'organe central de la circulation ses ganglions automoteurs. C'est également lui qui distribue à l'immense réseau des artères et capillaires les filets nerveux destinés à régler dans toute l'économie la répartition du sang. Ce sera donc sur le compte de l'épuisement sympathique que nous devons mettre surtout les palpitations cardiaques, les syncopes, les congestions actives et passives, les ischemies, etc., etc., qui surviennent si souvent chez les individus frappés d'épuisement nerveux, mais, la plupart du temps, à une période avancée de la maladie. Les palpitations sont très fréquentes chez les malades de ce genre. Elles peuvent tenir à deux ordres de causes, soit à une excitation des ganglions automoteurs du cœur, soit à une paralysie momentanée du pneumogastrique. Elles constituent le symptôme le plus marqué de

l'épuisement sympathique, mais, comme on l'a vu, on les rencontre aussi dans l'asthénie cérébro-spinale. Les causes les plus insignifiantes suffisent à les produire. La *syncope* est plus rare. Les hyperémies limitées à certaines parties ou plus ou moins étendues se rencontrent chaque jour. Le plus souvent elles sont de durée passagère, mais se montrent, comme les palpitations, sous l'influence de la moindre cause.

MARCHE.—Il est rare que l'asthénie envahisse à la fois tout le système nerveux. Le plus souvent elle débute dans un des appareils mentionnés plus haut, puis s'étend successivement aux autres, si on n'intervient pas à temps. En thèse générale c'est le cerveau qui est le premier frappé d'épuisement. Celui-ci se propage subséquemment aux systèmes spinal et sympathique, si le cas est mal traité ou s'il ne l'est pas du tout. Cet envahissement se fait, en certaines cas, d'une façon assez rapide. Au reste, c'est là une question de priorité qui est en grande partie soumise à la cause qui aura produit l'épuisement.

DIAGNOSTIC.—Il est en général facile de faire la diagnostic de l'affection que nous étudions, surtout quand elle a pris un certain développement et que l'on peut, d'une manière satisfaisante, se rendre compte des causes qui l'ont produite.

Il faut d'abord distinguer la maladie des autres affections purement fonctionnelles, telles que l'*angine de poitrine*, l'*hystérie*, l'*épilepsie* et le *vertige stomachal*.

L'angine de poitrine idiopathique, c'est-à-dire, sans aucune maladie organique du cœur ou des gros vaisseaux ressemble beaucoup aux manifestations cardiaques de l'épuisement sympathique. Ce n'est que par un examen attentif et prolongé que l'on pourra éviter l'erreur. Quant à l'angine de poitrine associée à une affection de structure du cœur ou de l'aorte, l'auscultation et la percussion viendront à notre secours et la question sera plus facilement tranchée.

L'histoire du cas suffira généralement à nous faire distinguer la neurasthénie des diverses manifestations hystériques. L'absence de boule hystérique, de convulsions et d'attaques paroxystiques distinctes nous aideront encore. Il est rare que l'on rencontre dans la neurasthénie cette tympanite excessive particulière à l'hystérie. Les vertiges, l'insomnie, et autres troubles sensitifs que nous venons d'étudier n'appartiennent pas à cette dernière maladie, si ce n'est l'analgésie et l'anesthésie cutanée. Les perturbations de diverse nature que l'on remarque dans l'hystérie y offrent un caractère plus aigu, si je puis parler ainsi, et leur intensité est plus grande. La sensibilité parfois exquise que les malades accusent dans la région des ovaires se montre aussi parfois dans la neurasthénie, mais beau-

coup plus rarement que dans la passion hystérique. Disons enfin que la neurasthénie est plus fréquente chez l'homme. Il n'y aurait de véritable difficulté de diagnostic que dans le cas où les deux maladies se compliquent l'une l'autre.

On ne confondra pas le vertige épileptique avec celui de l'épuisement cérébral par le fait de la quasi continuité de celui-ci comparée à l'intermittence souvent considérable du petit mal ; celui-ci ne se montrant, surtout au début, qu'à de rares intervalles, et le patient étant souvent le dernier à s'en apercevoir.

Le vertige stomachal est plus passager que celui de l'asthénie cérébrale, et n'est pas accompagné des phénomènes propres à cette dernière maladie.

Il importe principalement de bien établir le diagnostic entre la neurasthénie cérébrale ou spinale, et les maladies organiques du cerveau ou de la moëlle épinière. Les symptômes des maladies organiques sont ordinairement stables et fixes, ce qui contraste évidemment avec les troubles transitoires, récurrents, métastatiques et intermittents de la neurasthénie. Les maladies organiques se montrent avec une égale fréquence chez les deux sexes, et notamment chez les individus arrivés à un âge assez avancé. On sait que l'asthénie nerveuse est plus fréquente entre 20 et 40 ans, de fait, prédomine chez le sexe masculin, et se montre plus particulièrement chez les sujets à tempérament nerveux. Certains symptômes de la neurasthénie n'appartiennent pas à l'histoire clinique des maladies de structure des centres nerveux, et l'on mentionne entre autres ce prurit général ou local qui se manifeste sans qu'il y ait aucune maladie de la peau et qui parfois précède l'anesthésie cutanée, le désir immodéré des liqueurs alcooliques et des substances narcotiques, la migraine, etc., etc.

On aura soin de distinguer la cérébrasthénie du ramollissement cérébral qui offre une marche différente, est l'apanage des individus âgés, et est accompagné de troubles intellectuels bien définis, ainsi que de symptômes franchement paralytiques.

Le *mal de Pott* est propre aux constitutions lymphathiques, tuberculeuses, ou tout au moins scrofuleuses, et se manifeste chez les sujets dont la santé générale est plus ou moins profondément altérée.

Enfin, la *sclérose postérieure de la moëlle* ne pourra pas être confondue avec la neurasthénie spinale qui n'offre pas parmi ses symptômes l'incoordination des mouvements, les troubles d'équilibre amenés par l'occlusion des yeux, les paralysies oculaires et la durée très prolongée des accidents, troubles que l'on voit si fréquemment chez les ataxiques.

PRONOSTIC.—On a dit que, non traitée, la maladie pouvait amener dans les divers appareils affectés d'épuisement le ramollissement ou quelque lésion nutritive analogue. D'autres l'ont nié. Jusqu'ici l'anatomie pathologique ne nous a pas suffisamment renseignés sur ce fait que nous avons discuté il y a un instant. Du reste, la nature pénible des symptômes de cette maladie indique assez que les malheureux qui en sont atteints ont droit à toute la sollicitude du médecin. Pour ma part, je regarde la neurasthénie, dans ses phases avancées, comme grave, sinon pour la vie elle-même, du moins pour le repos et le bien être de l'individu. Le pronostic variera avec la sévérité de l'affection, la plus ou moins grande tendance héréditaire du sujet, l'action passagère ou prolongée de la cause première, et surtout la plus ou moins grande docilité du sujet à suivre les avis de son médecin.

TRAITEMENT.—Dans cette maladie comme dans toute autre, et peut-être davantage encore, les *mesures prophylactiques* sont de première nécessité. On devra donc veiller à enlever toute cause existante, ou au moins, à en atténuer les effets autant que possible. Pour en venir là, on prescrira d'abord, et ceci s'applique principalement aux cas de cérébrasthénie, le repos mental le plus absolu. Ce repos est une condition *sine quâ non* du succès thérapeutique. Il devra être, s'il le faut, prolongé pendant des mois et des années, et il sera souvent nécessaire, pour obtenir ce repos mental, de prescrire le travail physique ou au moins un exercice actif. Cet exercice, éminemment utile aux individus frappés de cérébrasthénie ne saurait convenir aux *myélasthéniques*. Ceux-ci se trouvent toujours mieux du repos physique, que l'on prolongera autant que faire se pourra. Pour eux aussi le repos de l'esprit sera moins impérieusement commandé. Le repos physique des *myélasthéniques* est quelque fois d'un besoin rigoureux. Le docteur Mitchell a même suggéré, en certains cas, de garder le malade au lit pendant un temps assez long.

Le patient évitera également les veilles prolongées, les écarts de régime, les excès sexuels, la masturbation, ainsi que l'abus du tabac et des narcotiques. Quelquefois il deviendra urgent de proscrire l'usage de ces substances, même en très petite quantité. Quant à l'abus des fonctions sexuelles, je ne saurais trop insister sur la nécessité qu'il y a de le réprimer. On ne devra pas s'attendre à la moindre amélioration des symptômes tant que les mauvaises habitudes que j'ai signalées ne seront pas totalement mises de côté.

Ces mesures préventives, jointes à un régime sain, à de longues *vacances* passées soit au bord de la mer, soit dans les mon-

tagnes, à l'usage journalier des bains frais, constitueront le traitement dit hygiénique. Je n'ai qu'à me louer de l'emploi des bains frais dans cette maladie. Chaque fois que je les ai prescrits et que les malades ont eu la persévérance d'en continuer l'usage pendant un certain temps, j'en ai retiré les services les plus signalés. C'est ici que conviendront spécialement les douches froides et le bain d'orage. Une douche froide dirigée sur tout le parcours de la colonne vertébrale sera particulièrement utile aux personnes souffrant d'épuisement spinal. On devra y joindre des frictions légères d'abord, puis plus énergiques au moyen d'une brosse. Ce que je viens de dire des bains frais je le dirai aussi des bains de mér. " L'eau de mer agit, dit Becquerel, par le mouvement des vagues et la stimulation cutanée qui en résulte, ainsi que par les sels qu'elle tient en dissolution et dont une partie est absorbée par la peau en même temps que l'eau. Elle est en outre beaucoup plus tonique et stimulante que l'eau de rivière... La mer agit, enfin, par son atmosphère saline... " (1)

La nourriture du malade devra être abondante et variée, consistant en plusieurs espèces de mets: viandes, œufs, fruits, poisson, et lait quand on peut se le procurer à l'état de pureté. Il est absurde de croire que le poisson soit plus spécialement employé à la nutrition du cerveau et que, comme on l'a prétendu, les mangeurs de poisson soient plus intelligents que d'autres. Cette erreur a été émise, je crois, par M. le professeur Agassiz, de l'université Harvard.

Les neurasthéniques sont moins exposés au danger de manger trop qu'à celui de manger trop peu. Même quand il y a dyspepsie nerveuse, on devra enjoindre au patient de faire des repas fréquents et aussi succulents que possible. Parfois il sera bon pour lui de manger très souvent pendant la journée, prenant également soin de ne pas remplir l'estomac outre mesure, et de ne jamais le laisser vide. Tout dernièrement encore j'ai prescrit à un neurasthénique souffrant de dyspepsie nerveuse et qui est obligé de se coucher assez tard, j'ai prescrit, dis-je, une légère collation à prendre quelques minutes avant le moment où il se met au lit, et j'en attends les meilleurs résultats.

Quelque salutaire que soit pour les malades le régime alimentaire et hygiénique ci-dessus indiqué, il pourra se faire qu'ils n'en bénéficient pas ou presque pas dans le temps même où ils sont à voyager ou à prendre leur vacauce. Ce n'est qu'à leur retour ou au moment où ils voudront reprendre leurs occupations qu'ils verront jusqu'à quel point l'état de leur

(1) Becquerel, traité d'hygiène.

système nerveux s'est amélioré. Les effets rétrospectifs du régime en question sont bons à noter, de même que ceux du traitement par l'électricité.

Le *traitement moral* devra recevoir aussi de la part du praticien la plus sérieuse attention surtout dans les cas d'épuisement cérébral.

Règle générale, le malade ne devra pas rester seul, et, s'il voyage, il sera bon de lui trouver un compagnon. Souvent on devra lui donner la plus grande assurance possible de guérison, et même aller jusqu'à lui promettre celle-ci pour un temps spécifié, en un mot le traiter sur ce point comme on traite un dyspeptique ou un hypochondriaque. On ne saurait calculer tout l'effet que peut avoir sur le système nerveux épuisé d'un malade de ce genre l'assurance de sécurité que son médecin pourra lui donner. Ce n'est pas à dire que la neurasthénie soit une maladie d'imagination, ou une simple illusion, mais certains de ses symptômes sont purement fonctionnels, il n'y a pas à en douter, et leur intensité s'accroit encore proportionnellement à l'appréhension qu'en a le patient lui-même.

Pour ce qui est du *traitement médicinal*, il comprendra l'usage des toniques généraux, surtout s'il y a anémie, et aussi, dans ce cas, les amers, les ferrugineux et l'huile de foie de morue. Mais l'administration du phosphore et de ses composés, l'application de l'électricité dynamique, voilà les deux plus puissants moyens que nous avons pour combattre la neurasthénie.

Le traitement par les substances phosphatées est fondé sur le fait si bien connu que le phosphore entre pour une grande proportion dans la composition des centres nerveux et convient à l'épuisement de ceux-ci comme les préparations martiales conviennent à l'anémie. Si le phosphore en nature peut être facilement supporté par l'estomac, on le prescrira avec avantage, mais on devra rarement débuter par une dose plus élevée que un-centième de grain, et toujours en surveiller les effets. Les hypophosphites sont plus généralement administrés que les phosphates, vu leur dissolution plus prompte dans les sucs gastriques et intestinaux, leur moindre stabilité et leur absorption plus rapide, mais il est encore une autre raison à cette préférence. Il est admis que le phosphore ne passe dans la circulation qu'après s'être préalablement oxydé, chose qui lui est facile, vu sa grande affinité pour l'oxygène. L'oxydation du phosphore, (acide hypophosphoreux) est suivie de près par sa combinaison avec les bases qu'il rencontre et par la formation d'hypophosphites. C'est à l'état d'hypophosphite que le métalloïde va nourrir et stimuler les centres nerveux. Son oxydation

ultime dans les capillaires du cerveau et de la moëlle le convertit en phosphate qui, lui, est éliminé du système et que l'on retrouve dans l'urine, et plus abondamment dans celle des personnes qui se livrent aux travaux de l'esprit. Ce dernier fait est connu de tous. On voit donc tout l'avantage qu'il y a à donner la préférence aux hypophosphites ou aux phosphures. Les hypophosphites de chaux, de soude, de potasse et de zinc sont les plus usités. Ce dernier sera surtout très utile en égard aux propriétés calmantes de sa base. Il faudra avoir soin de se procurer ces préparations à l'état de pureté et ne les administrer qu'à petites doses, vu la petite quantité qui en est absorbée à la fois, sans qu'il faille pour cela tomber dans l'homœopathie. Le pain de son, (*brown bread*) contenant une certaine proportion de substances phosphatées constituera aussi un excellent article de diète.

Si les symptômes paralytiques l'exigeaient on pourrait administrer la strychnine ou la noix vomique. Mais pour combattre les paralysies complètes ou incomplètes, de même que contre les diverses formes de l'hyperesthésie et de l'anesthésie, on se trouvera infiniment mieux de l'*électricité*. Cet agent est, à la fois, un calmant et un stimulant du système nerveux, comme tout le monde le sait. Il ne faudrait pas en commencer l'usage dès le début du traitement, surtout si nous avons affaire à un cas d'épuisement compliqué d'hypoglobulie. Nous devons d'abord faire disparaître l'anémie, tonifier le système par l'emploi des ferrugineux, amers, acides minéraux, extrait de malt, coca, etc., et donner à la substance nerveuse la nourriture qui lui convient en administrant les hypophosphites, l'huile de foie de morue, etc. Une fois l'altération nutritive du système disparue, nous nous adressons à l'élément fonctionnel qui souvent se sera déjà, par les mesures précédentes, singulièrement amélioré.

Quelques médecins emploient indifféremment la galvanisation ou la faradisation, tandis que d'autres préfèrent l'une ou l'autre, ou les emploient alternativement. Il semble plus rationnel d'avoir recours à la galvanisation avant d'essayer le courant induit. Quelque soit le courant dont on fasse usage, il devra d'abord être faible. A mesure que le mieux s'accentue, on augmente la force du courant. Dans les cas d'analgésie et d'anesthésie de la peau, un des réophores est appliqué sur un endroit quelconque du rachis, ou placé tout simplement dans une des mains du patient, tandisque l'autre, muni d'une éponge mouillée d'eau acidulée est promené sur la surface qu'il s'agit d'électriser. Pour l'anesthésie des muqueuses on se sert de réophores *ad hoc*.

On retirera de grands avantages de la *métallothérapie* dans

le traitement de ces anesthésies cutanées. Burg et Charcot l'ont expérimentée sur un grand nombre de sujets, et les résultats qu'ils publient sont très satisfaisants. La *métallothérapie* consiste dans l'application sur la surface anesthésiée de disques métalliques unis les uns aux autres. Le courant imperceptible qui s'établit alors suffit à produire l'effet voulu. " Ainsi, disait la *Gazette Médicale* de Paris (février 3 et 10, 1877) " quand, par " exemple, un certain nombre de pièces de vingt francs sont " appliquées sur un membre anesthésié, la sensibilité reparaît " au bout de 15 ou 20 minutes." L'or, le zinc et le cuivre sont les métaux les plus généralement usités; chacun d'eux produira ses effets suivant les cas et les sujets. Certains malades n'éprouvent aucun effet des applications de pièces d'or, qui en éprouvent de très marqués si on se sert de plaques de cuivre ou de zinc, et vice-versâ.

Une autre méthode d'appliquer l'électricité dynamique au traitement des anesthésies cutanées est l'emploi de la brosse volta-électrique qui consiste en une brosse munie de fils de cuivre en guise de poils, et dont l'intérieur est garni d'une pile voltaïque. On en fait des frictions sur les surfaces malades. Au reste, concurremment avec l'usage de l'électricité, il est bon de prescrire des frictions sèches ou humides avec une brosse ordinaire.

Au traitement de l'épuisement cérébral s'applique plus particulièrement le bain galvanique. Il n'est pas bon, on le conçoit, de soumettre le cerveau à un courant direct trop intense. D'un autre côté, si on fait usage de courants affaiblis, par les moyens ordinaires de galvanisation, il est peu probable que le cerveau soit mis sous l'influence de ces courants. On atteindra le but désiré au moyen du bain galvanique, dans lequel le cerveau subit une influence indirecte ou réflexe de tous les points de la périphérie, et, en même temps, par les courants induits, une influence directe *modérée* que l'on peut régler à volonté non seulement en modifiant l'intensité du courant, mais aussi, en établissant une communication plus ou moins parfaite entre l'occiput et l'eau du bain. " Le fait que dans ce bain aucun " organe du corps n'est soustrait à l'influence électrique est " très important dans le traitement des troubles fonctionnels " des organes animés par le pneumogastrique et le grand sym- " pathique. Ainsi certains symptômes dyspeptiques, la torpeur " du foie, l'irrégularité d'action du cœur, etc., sont, en règle " générale, rapidement soulagés." (1)

(1) Cerebral exhaustion with reference to its galvano-balneological treatment, by G. M. Schweig, M, D.

Les bons effets des applications électriques se feront peut-être attendre quelque temps, quel qu'ait été le mode d'administration de ce puissant agent, et la même remarque s'applique également aux autres mesures thérapeutiques que j'ai énumérées, mais on ne devra jamais perdre de vue que la persévérance dans l'emploi de ces divers agents est d'une extrême nécessité. Ce n'est que par la persévérance que l'on pourra réussir à maîtriser la maladie. On sait d'ailleurs que dans celle-ci la guérison doit être essentiellement lente et graduelle.

Les bromures, si vantés dans le traitement des affections nerveuses, ne paraissent pas être appelés à rendre ici de grands services. L'expérience que j'ai de leur emploi me force d'en venir à la conclusion qu'ils sont non seulement inutiles dans la généralité des cas, mais encore nuisibles bien souvent, et que leur emploi est, pour le moins, irrationnel dans la thérapeutique de la neurasthénie.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Du traitement thérapeutique des tuberculeux; par le professeur PETER, médecin de la Pitié.—(*Suite*)—Maintenant je voudrais vous parler de la *toux* des tuberculeux, de ses formes, de sa nature et des moyens à employer pour la combattre.

La toux, voilà, s'il en est un, le phénomène reflexe. Une première espèce de toux est provoquée par la présence de la granulation qui détermine une irritation de voisinage; mais, comme la granulation ne peut être expectorée, c'est là une *toux sèche*, sans résulaat, sans but utile.

Plus tard, à la période de congestion périphymique; plus tard encore, à la période de ramollissement, il y a un produit morbide à rejeter; la toux n'est plus un non-sens. A l'irritation se joint, comme raison de cette toux, un but à atteindre, un produit à rejeter.

Quoi qu'il en soit, il y a fatigue du malade dans les deux cas, et cette fatigue est à la fois directe et indirecte. L'individu qui tousse se fatigue *directement*, absolument comme se fatigue le portefaix qui scie du bois ou qui monte de l'eau à un cin-

quième étage; puis il se fatique *indirectement* par défaut de réparation : le scieur de bois et le porteur d'eau ont, pour se refaire, le repos de la nuit; le tousseur, lui, dort peu et dort mal; il ne répare pas.—Son état est donc grave, et il est bon de faire en sorte de diminuer la fréquence et l'intensité de ses accès. Quand la toux est sèche, vous n'avez à combattre que l'élément nerveux; quand elle a pour but l'expectoration, vous avez en outre à amoindrir la sécrétion morbide.

En général, c'est la narcotisation qu'on emploie contre la toux, mais on l'emploie à des doses " assommantes ". Le malade, terrassé par 5 centigrammes, 10 centigrammes même d'extrait d'opium, ne tousse plus la nuit, c'est évident. Mais il se réveille le lendemain matin narcotisé encore, et il a perdu l'appétit, et il est plongé dans l'état nauséeux, et ses sueurs sont augmentées; vous avez commis une mauvaise action thérapeutique.

Ou encore, vous donnez la morphine à doses corrélatives. Puis, la tolérance s'établit; vous doublez la dose, vous la triplez, et vous faites de plus en plus mal.

Il est cependant bon d'employer l'opium, mais d'une certaine façon et en l'associant à quelqu'autre agent. Or, il est un anti-spasmodique par excellence, la belladone; eh bien! c'est celui-là qu'il faut associer à l'opium.

A l'exemple de Tronsseau, je donne l'opium à petites doses, et à plus petites encore la belladone; attendu qu'on ne sait jamais jusqu'à quel point peut être portée la susceptilité de certaines personnes à l'égard de ce dernier médicament. Pour l'opium d'ailleurs, l'inconvénient est mince; un peu de narcotisme n'a rien d'effrayant : au contraire, l'angine belladonique, les troubles de la vison, les vertiges, les hallucinations, forment un cortége passablement effrayant, et qui engage fortement votre responsabilité.

Je donne donc régulièrement contre la toux, qu'elle soit suivie ou non d'expectoration, d'abord une ou deux pilules contenant chacune 1 centigramme d'extrait d'opium et un demi-centigramme d'extrait de belladone; puis, j'augmente la dose, s'il n'y a pas d'effet produit : ce qui est le pire qui puisse arriver, mais ce qui n'effraye pas les malades comme pourraient le faire des accidents belladoniques.

Eh bien! vous voyez se produire chez tous les malades un effet favorable plus ou moins complet. Laissez-moi vous parler tout de suite du n° 26 qui est arrivé ici dans un état déplorable et que la toux empêchait de dormir depuis près de trois mois. Hier, je lui ai fait donner deux des pilules en question le soir, et cette nuit il n'a presque pas toussé, et il a dormi pour la première fois depuis longtemps.

Je vous ai dit que, dans le cas d'expectoration, il y avait une autre indication, qui était de diminuer, sinon de tarir la sécrétion de la muqueuse enflammée dans le voisinage des granulations; or, on sait que les balsamiques ont cet effet. Je donne habituellement le sirop de Tolu associé au sirop de térébenthine à la dose de 20 grammes de chacun, et le résultat est également de diminuer la toux.

Je ne suis pas arrêté ici parce qu'on a dit de l'antagonisme de l'opium et de la belladone. Si l'opium rétrécit les pupilles que dilate la belladone, si l'un est l'antidote de l'autre, il ne s'en suit pas que chacun de ces médicaments ne puisse, en cas de maladie, s'adresser à des éléments morbides différents. On a fait ici ce paralogisme qui consiste à conclure de l'homme sain à l'homme malade; ou encore, ce qui est plus illogique, de la grenouille à l'homme! de la grenouille en bonne santé à l'homme en état de maladie! En réalité, la belladone s'adresse ici 1 l'élément spasmodique de la toux chez le tuberculeux, comme elle fait chez le malade atteint de coqueluche.

Nous avions au nº de la salle Saint-Charles une jeune tuberculeuse, âgée de vingt-deux ans, toussant depuis plus de six mois, ayant depuis quinze jours surtout de la dyspepsie, de la perte des forces et de l'amaigrissement. Il y avait de l'anorexie, de la pesanteur d'estomac après les repas, et la nuit des quintes de toux très-pénibles. Comme signes physiques, on trouvait de la submatité et de la respiration saccadée avec quelques craquements aux deux sommets. Le traitement, à l'entrée de la malade à l'hôpital, le 15 février, avait consisté en badigeonnages à la teinture d'iode aux deux sommets en arrière, en macération de quassia amara sucrée avec du sirop d'écorces d'oranges amères; je lui avais fait donner de plus deux gouttes d'acide chlorhydrique dans deux cuillerées d'eau sucrée à la fin du repas; et enfin, contre la toux, 0 centigrammes d'extrait thébaïque en quatre pilules. Au bout de trios jours, la malade avait un peu plus d'appétit et digérait plus facilement; mais la toux persistait. Je fis ajouter un quart de centigramme d'extrait de belladone à chaque pilule d'extrait thébaïque, et la malade prit deux de ces pilules seulement, dont chacune contenait un demi-centigramme d'extrait thébaïque et un quart de centigramme d'extrait de belladone.

Au bout de trois jours, le 18 février, la malade toussait moins, respirait plus facilement, avait recouvré l'appétit et digérait bien. Le 1er mars, la malade a un peu toussé la nuit. Elle prend quatre des pilules en question au lieu de deux. Elle cesse presque de tousser et sort améliorée quant à son état général, sur ce motif qu'elle n'est pas assez bien traitée à l'hôpital.

Chez un malade couché au nº 48 de la salle Saint-Paul, qui toussait beaucoup et quinteusement chaque nuit, je fis donner quatre de ces pilules contenant en réalité 2 centigrammes d'extrait thébaïque et 1 centigramme d'extrait de bellodone; et le malade nous dit le matin avoir toussé tout autant. Le lendemain, il en prit six, il ne toussa pas, mais eut des nausées. A partir de ce jour, il ne prit plus que deux de ces pilules et continua à ne pas tousser la nuit jusque vers le milieu du mois de mai, où il quitta le service pour retourner dans son pays.

Ces pilules ne sont pas seulement bonnes en cas de toux quinteuse provoquée par les granulations tuberculeuses, elles réussissent encore dans certains cas de bronchite chronique. Ainsi, chez un vieillard de soixante-dix-huit ans, atteint de catarrhe bronchique qui occasionnait, surtout la nuit, d'interminables quintes de toux, l'usage de pilules contenant 2 centigrammes et demi d'extrait thébaïque et moitié moins d'extrait de belladone produisait le même effet sédatif. Chaque fois que ce malade se couchait le soir ou se réveillait la nuit avec des dispositions à tousser, il prenait une de ces pilules; la toux cessait et le repos de la nuit était assuré; le résultat de l'emploi de ces pilules fut même tel que la toux cessa pour tout l'été.

La toux des tuberculeux n'est pas toujours de même origine. Ils toussent pour rejeter le produit morbide dont la présence irrite les voies respiratoires, mais ils toussent aussi et vomissent; or ce sont là deux ordres de toux différents.

La première nous paraît fort naturelle; nous l'entendons sans y prêter autrement d'attention. Si cependant nous examinons son mode de production, nous voyons que l'irritation porte évidemment sur des régions qu'animent des filets de pneumogastrique respiratoire, et retentit, de ces filets terminaux, sur des branches nerveuses d'origine toute différente, qui animent des muscles inspirateurs; d'où l'effort de toux, lequel est un effet protecteur dont l'expulsion du corps irritant est la cause finale.

Voyons maintenant la toux avec *vomissement :* pour être un peu plus complexe, le mécanisme n'en est pas moins à peu près le même. Des branches terminales du pneumogastrique sont également irritées, seulement ce ne sont plus celles qui animent la muqueuse bronchique, mais celles qui se rendent à la muqueuse de l'estomac devenue spécialement irritable. Et alors ce n'est plus un produit morbide qui joue le rôle de corps irritant, ce sont les aliments ingérés. Le résultat est d'ailleurs absolument le même; c'est un effort de toux, et cet effort de toux, dans ce cas-ci comme dans l'autre, a pour but d'amener le rejet du corps irritant. Tout à l'heure, le corps irritant

siégeait dans les voies respiratoires, il y avait expectoration; maintetenant il siége dans l'estomac, il y a vomissement. Tout à l'heure le corps rejeté était un produit morbide, l'acte était salutaire; maintenant le corps rejeté est l'aliment, et l'acte est éminemment malfaisant, puisqu'il tarit la source même de toute réparation.—*Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*—(*A continuer.*)

—

De la température dans les maladies, au point de vue du Diagnostic et du Pronostic. — Pour être traité comme le mérite son importance, ce sujet demanderait des développements que ne comporte pas un simple article du journal : aussi, sera-t-il, à notre grand regret, forcément bien écourté et bien incomplet; nous espérons, néanmoins, qu'il pourra présenter intérêt et utilité pour ceux de nos lecteurs qui ont quitté les bancs de l'école et la salle de l'hôpital depuis quelques années, alors que l'on ne prenait que bien peu d'observations thermométriques.

Combien de fois le praticien n'est-il pas dans le plus sérieux embarras alors que, appelé au début d'une maladie, il ne trouve comme symptôme que de la fièvre, et qu'il doit, néanmoins, sous peine de compromettre sa réputation, répondre aux questions empressées du malade ou de sa famille. On lui pardonnera quelquefois de ne pas préciser, jamais on ne l'excusera d'avoir annoncé une maladie lorsqu'il s'en déclarera une autre. Souvent ce qui lui importera le plus, c'est de pouvoir dire avec un degré de certitude presque absolu :

" Ceci n'est pas une fièvre typhoïde; il n'y a pas à craindre de contagion, etc." La marche de la température pourra, dans un grand nombre de circonstances, éclairer le diagnostic de la façon la plus heureuse, et nous conseillons à nos confrères d'avoir constamment dans leur trousse un petit thermomètre médical, et de s'en servir.

A l'état normal, la température de notre corps est à peu de chose près constamment la même, quelle que soit celle du milieu dans lequel nous sommes plongés. L'homme et les animaux supérieurs ont une température fixe; on dit qu'ils sont à sang chaud par opposition aux êtres dont la température est variable, élevée seulement de quelques degrés au-dessus du milieu où ils vivent, et qui sont improprement appelés animaux à sang froid. La température normale de l'homme, prise dans l'aisselle, est de 37° 2 à 37° 5. Elle peut, à la suite de grands efforts musculaires, ou pendant le travail de la digestion, mon-

ter à 37° 8; mais jamais elle n'atteint 38°, *à moins d'état fébrile.*

Pour constater cette température, il faut placer dans l'aisselle du patient le thermomètre médical à mercure, gradué sur tige, en degrés et cinquièmes ou dixièmes de degrés. On l'introduit bien au fond de l'aisselle on fait ployer les bras pardessus, et on l'y laisse *au moins* 10 *minutes.*

Dans les hôpitaux, on l'introduit souvent dans le rectum des malades ou à l'intérieur du vagin chez les femmes. Nous savons trop bien que, dans la pratique *civile*, cette façon de procéder ne saurait être adoptée que dans des cas tout à fait exceptionnels. Il faudra avoir soin de se servir toujours du même thermomètre pour chaque malade, et de procéder toujours de la même manière, afin d'avoir des résultats comparables.

Il est aussi nécessaire de faire deux observations par jour, une le matin et une le soir; le mieux est d'en marquer le résultat par la *méthode graphique*, c'est-à-dire sur une feuille de papier quadrillé au moyen de lignes horizontales et de lignes verticales. Les lignes horizontales indiquent les degrés ou fractions de degrés, et les lignes verticales correspondent aux époques d'observation, généralement à raison de deux lignes par jour, l'une pour le matin, l'autre pour le soir. Voyons comment vont se comporter les tracés graphiques de la température dans les diverses maladies.

1° Si la température, partant de 37° 5, monte *brusquement*, *continuellement*, *régulièrement* sans point d'arrêt ou de regression, en quelques heures ou un jour et demi, c'est qu'on a affaire à une *fièvre éruptive*, à une *fièvre intermittente*, ou à une *pneumonie.*

(*a*) Si la température monte en *quelques heures*, à 41° par exemple, et redescend vers la cinquième ou sixième heure à la température normale, c'est qu'il s'agit d'une *fièvre intermittente.*

(*b*) S'il s'agit d'une *pneumonie* à marche régulière et terminée par la guérison, la température se maintiendra du troisième au sixième jour entre 39° 5 et 40° 1, et il y aura une defferves-cence brusque vers le sixième jour, où la température retombera an degré normal. L'élévation de température se maintiendra si la terminaison doit être funeste. Chez les jeunes enfants opérés de la trachéotomie, l'élévation de la température à 40 ou 41° indique le plus souvent la complication d'une pneumonie qui emporte le malade.

(*c*) Les diverses fièvres éruptives seront chacune caractérisées par la marche spéciale de la température.

Dans la *scarlatine*, l'ascension est fort rapide, brusque; la température monte en un ou deux jours à 40 et même 41° 5 et

diminue après l'apparition de l'éruption, en ne présentant plus que des exacerbations le soir.

Dans la *rougeole*, la température monte plus lentement et moins haut; elle descend lorsque l'éruption s'est effectuée.

Dans la *variole* vraie, non modifiée par le vaccin, elle monte pendant deux ou trois jours de 38° à 40° ou 41° et redescend à 38° après l'éruption. Au moment de la suppuration, la température s'élève de nouveau.

L'érysipèle se comporte au point de vue de la température comme une fièvre éruptive; il se rapproche de la scarlatine en ce sens que la montée peut être rapide et élevée, mais ne reste que peu de temps stationnaire. On ne constate quelquefois qu'une élévation de température *toute passagère*, qui ne manque jamais: d'où la nécessité de prendre la température plusieurs fois par jour.

2° Si la température augmente graduellement, mais d'une façon régulière pendant 5 à 9 jours; c'est-à-dire, si elle augmente de jour en jour, tout en présentant une diminution moins grande que l'augmentation qui surviendra le soir, c'est qu'on a affaire à une fièvre typhoïde. Wunderlich, qui a mis fort en honneur l'étude des températures dans les maladies, pense que: *Toute maladie qui, au premier ou au second jour, offre déjà une température de* 40° *n'est pas une fièvre typhoïde. Toute maladie qui, au soir du quatrième jour, n'a pas atteint* 39°5 *n'est pas une fièvre typhoïde.* Vers le huitième jour, elle reste de neuf à vingt jours, aux alentous de 40° et présente toujours le matin des rémissions qui peuvent atteindre 1°5 et même 2°.

Tandis que, dans la fièvre typhoïde, l'augmentation de fréquence du pouls est en rapport avec l'élévation de la température, dans la *méningite* le pouls peut rester lent, tandis que la température est très-élevée.

3° Si la température s'élève graduellement, mais d'une façon irrégulière, s'il y a des intermittences et des arrêts dans sa marche ascendante, il est probable qu'il s'agit d'une maladie dont le cycle lui-même n'est pas régulier comme le rhumatisme articulaire, les inflammations de la plèvre, du péricarde.

Au point de vue du *pronostic*, l'élévation de la température a une signification fâcheuse, lorsqu'elle se maintient un certain temps, ou atteint 41°5, 42° et même 42°4. On a, cependant, cité des cas extraordinaires où la température a pu s'élever à 45 et même 50°! et ne pas causer la mort (*Archives de médecine.*)

Dans certains cas, la marche de la température seule peut suffire à nous prévenir de la naissance de complications. C'est ce qui arrive dans la *pleurésie*, lorsqu'elle passe à la purulence, chez les blessés, après les opérations chirurgicales, etc.

Lorsque l'on emploie le pansement ouaté de M. A. Guérin, par exemple, en prenant exactement la température du malade, on est complètement renseigné sur ce qui se passe au-dessous de l'épaisse couche d'ouate dont le membre est recouvert.

Ajoutons encore que l'augmentation de température ne peut être ni simulée ni dissimulée, qu'elle permet de se rendre compte de l'effet d'un médicament, et dicte, dans certains cas, le pronostic et le traitement. Plusieurs savants confrère sont, en effet, d'avis que, dans un certain nombre de maladies, la fièvre typhoïde, le rhumatisme cérébral, par exemple, c'est surtout l'exagération de la température, *l'hyperthermie* qui détermine la mort du malade, d'où l'indication de lui soustraire une partie du calorique qu'il produit au moyen de lotions ou de bains froids.

Au moment de l'agonie, la température s'élève généralement beaucoup, sauf, cependant, dans les affections consomptives chroniques; même après la mort, elle peut continuer à s'accroître pendant une heure ou deux, dans certaines maladies surtout, comme la variole (si le décès a lieu dans les premiers jours), le choléra, les fractures du crâne sans plaie extérieure, etc.— Nousnous rappelons fort bien qu'étant, il y a une dizaine d'années, interne à l'hôpiéal Lariboisière, le garçon d'amphithéâtre, qui prenait très-exactement et avec un zèle particulier la température de tous les cadavres, immédiatement après la mort, était arrivé à faire parfois de cette façon des diagnostics fort surprenants, surtout lorsqu'il s'agissait d'un blessé apporté sans connaissance à l'hôpital et mort sans avoir pu donner aucun renseignement.—*Revue de Thérap. Méd. Chirur.*

—

Saignée Historique.—Le traitement de la pneumonie a beaucoup varié suivant les époques, et a passé par des vicissitudes en rapport avec l'état de la médecine. Depuis les temps hippocratiques jusqu'à nos jours, ou plutôt jusqu'à la fin du siècle dernier, la saignée était pour ainsi dire le seul remède universellement adopté, et un médecin alors, n'aurait jamais osé sortir sans sa lancette, dont il fait à peine usage aujourd'hui ; tout au plus discutait-on sur la quantité plus ou moins considérable de sang qu'il convenait de tirer, ou sur l'époque la plus favorable. La pneumonie était le type des affections inflammatoires, et la saignée l'antiphlogistique par excellence. A côté de ceux qui n'employaient ce moyen héroïque qu'avec modération, il y avait les systématiques, les outranciers de la

phlébotomie. Ce n'est guère qu'au siècle dernier, alors que l'on s'occupait un peu plus de la localisation des maladies qu'on commença sérieusement à discuter cette manière de faire.

Dans la première moitié de ce siècle, celui qui tenait le sceptre de la médecine française et qu'elle s'honore encore aujourd'hui d'avoir à sa tête, le professeur Bouillau, avait ainsi réglémenté la saignée systématique :

Au premier jour d'une pneumonie d'intensité ordinaire, on faisait deux saignées de trois ou quatre palettes, une le matin, une le soir, et dans l'intervalle on appliquait des ventouses scarifiées; au deuxième jour, une ou deux autres saignées, et applications de sangsues ; au troisième jour, encore une saignée, la maladie devait à ce moment être jugulée. Si, comme on le pense bien, elle ne l'était pas toujours, on réiterait encore la saignée le quatrième ou même le cinquième jour, et si la toux et la fièvre persistaient, on appliquait un large vésicatoire. Tel était le traitement classique à peu près invariable qui était appliqué de 1825 à 1840. A ce moment, tout le monde saignait, et Annral, Louis, Chomel, qui étaient les adversaires de la méthode trop absolue de Bouillaud, acceptaient néanmoins la phlébotomie. Louis déclarait même que la statistique démontrait que les émissions sanguines avaient une heureuse influence sur le traitement de la pneumonie.

Tartre stibié ou méthode contro-stimulante. — Une autre grande méthode de traitement bien plus récente est celle qui fut introduite, à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, par le médecin italien *Rasori*. On voyait alors dans les maladies inflammatoires un excès de *stimulus*. Rosari adopta la méthode dite contro-stimulante par le tartre stibié. Au début, il faisait des saignées et même ne les ménageait pas; plus tard, il y renonça et n'employa plus que l'émétique. Les doses qu'il administrait dépassaient de beaucoup celles que nous donnons à nos malades: c'était depuis 1 gr. 20 par jour, jusqu'à 8 grammes, et même quelquefois 12, 40 et 60 grammes ! En agissant ainsi, on arrivait à de vérilables intoxications par le tartre stibié; mais Rasori y avait été encouragé par une statistique de 76 cas ne donnant que 9 décès. Il fut suivi dans cette voie par divers médecins italiens : Thomasini, Giacomini et par Péchier de Genève qui la fit connaître en France.

Dans notre pays, nous pouvons nous rendre cette justice, les exagérations ne sauraient durer longtems ; la conclusion qu'on tira de la pratique de Rasori fut que la saignée coup sur coup n'était pas indispensable, et que les contro-stimulants avaient du bon, Laënnec, dont l'autorité à cet egard était si incontestable, formula ainsi un traitement mixte : 1o. Une saignée de

trois ou quatre palettes (300 ou 400 gr.), au début, rarement il convenait de la réitérer; 2o. une potion de 5 centigrammes de tartre stibié dans 70 grammes de véhicule et 15 grammes de sirop, administrée d'heure en heure, soit à raison de six fois par jour, environ 30 centigrammes d'émétique. La dose initiale était élevée à 7, 8 et 10 centigrammes d'émétique par heure, mais ne dépassait jamais 1 gr., 50 par jour. S'il y avait de la diarrhée, on y ajoutait 15 à 30 grammes de sirop diacode.

Expectation. — Enfin, survint une nouvelle période préparée déjà par la réaction qui s'était faite contre la saignée, et qui avait son origine dans les succès obtenus par l'homœopathie qui n'est en réalité que l'abstention déguisée. C'est à ce moment que Skoda, qui n'administrait qu'une simple tisane nitrée, en retirait d'excellents résultats; que Bennett d'Edimbourg n'avait, par l'usage d'une faible alimentation et d'une boisson légèrement alcaline, qu'une mortalité de 4, 76 %, et que, tandis que la saignée et le tartre stibié donnaient 20, 7 et 20, 4 % de mortalité, par l'expectation cette proportion tombait à 1/11, sur 750 observations. Déjà Legendre, en France, avait, vers 1859, préconisé l'expectation non-seulement chez les enfants, mais aussi chez les adultes. Il était tellement convaincu de la bonté de sa méthode, qu'il ne voulut pas être traité autrement lorsqu'il fut lui-même atteint d'une pneumonie double, à laquelle, du reste, il succomba. Chez les enfants, il était arrivé à n'avoir que deux décès sur 212 cas.

Médication alcoolique.—C'est en 1865 que Béhier inaugura en France le traitement de la pneumonie par l'alcool. Il y était encouragé par la pratique des Anglais, qui donnaient aux pneumoniques du vin, des toniques et de l'eau-de-vie en particulier. Ce fut lui qui introduisit l'usage de la potion de Todd, qui sur 36 pneumonies lui donna 29 guérisons.

Eclectisme actuel.—En France, les médications d'une seule pièce et uniquement basées sur des idées dogmatiques furent successivement écartées, et le bon sens prenant le dessus, on on chercha à faire la part de chaque indication. Il est bien certain, en effet, qu'il n'y a pas de spécifique contre la pneumonie, et que tel médicament, efficace dans telle circonstance, peut être impuissant dans une autre; c'est une question d'indications et de contre-indications. Certes, nous aurions tort d'abandonner complétement tout le bagage passé, et tout ce que nous ont laissé nos devanciers, Mais peut-on juger la valeur d'une thérapeutique par des statistiques faites en masse ? dans lesquelles toutes les variétés de forme de la maladie sont confondues? Assurément non. Ainsi, en 1875, à l'hôpital Cochin, sur 65 pneumoniques pris en bloc, il y eut 54 guérisons et 11 morts,

ce qui fait près de 17 %; mais si l'on décompose cette statistique, on voit que sur 25 malades qui avaient plus de cinquante ans, il y eut 15 guérisons et 10 morts, tandis que sur 40 n'ayant pas encore cinquante ans, il n'y eut qu'un décès et encore c'était un alcoolique. Dans la première catégorie, les résultats sont déplorables; dans la seconde, ils surpassent toute attente.

Ce que nous devons conclure, c'est qu'il n'y a pas de médicament ni de médication exclusifs; qu'il faut répondre autant que possible aux indications des circonstances, et traiter non les pneumonies, mais les pneumoniques.

Examinons maintenant rapidement quelles sont les diverses indications des différents traitements.

Dans quelles limites doit-on employer l'*expectation?* Il y a quelques années, en face de l'ensemble de symptômes dus au développement de la pneumonie, on n'eût jamais osé faire de l'expectation, cela nous eût presque semblé immoral. Et cependant nous sommes bien obligés d'en faire sans le vouloir, lorsque, par exemple, le malade nous arrive au cinquième ou sixième jour d'une pneumonie déjà en voie de résolution et n'ayant subi aucun traitement. Dans ces cas, où il y a eu non-seulement expectation, mais abstention complète, la résorption de l'épanchement se fait aussi vite, la guérison ne tarde pas plus que dans les autres. Ceux, en effet, que nous ne médicamentons pas, nous ne laissons pas de les *soigner* par une hygiène bien entendue, par quelques tisanes qui facilitent la sudation, par une nourriture peu substantielle, par le repos au lit et la préservation contre les refroidissements. Si nous faisons de l'expectation, c'est lorsque la pneumonie devant avoir une marche cyclique, régulière, et affectant un individu sain d'ailleurs, il n'y a aucune raison spéciale de troubler son évolution, pas plus qu'on ne le fait pour la variole, la rougeole, etc. Et cette expectation médicale n'empêche nullement de soigner tel ou tel symptôme spécial, de prévenir telle manifestation morbide douloureuse, d'appliquer, par exemple, quelques ventouses scarifiées sur le côté douloureux, de donner une potion calmante si la toux est par trop fatigante.

En somme, l'expectation est applicable à la pneumonie franche, de médiocre intensité, se déclarant chez un homme sain, de bonne constitution.

L'abus de la *saignée* nous a mené trop loin lorsqu'il nous l'a fait abandonner complétement, à Paris, du moins. On dit, il est vrai, que nous ne sommes plus pléthoriques comme autrefois, et que nous formons une race d'anémiques; il est probable néanmoins que nous supporterions aussi bien la saignée que nos pères, si l'on nous y soumettait. Et il est certain, d'autre

part, que chez des hommes dans la force de l'âge, une saignée, au début d'une pneumonie, peut parfaitement en diminuer l'extension ultérieure, tout en procurant immédiatement un grand soulagement. Mais si nous sommes obligé d'être un peu avare de la saignée générale, assez mal accueillie par le public d'aujourd'hui, nous pouvons parfaitement employer les déplétions sanguines locales par les ventouses scarifiées ou les sangsues.

La soustraction de sang, par quelque mode que ce soit, a pour effet de diminuer la tension artérielle et de rendre la respiration bien plus libre. Une saignée de 400 à 500 grammes modifie avantageusement cet état de petitesse de pouls désigné sous le nom d'*oppressio virium.*

La méthode *contro-stimulante mitigée* est celle qui répond au plus grand nombre d'indications et qui constitue le mode de traitement le plus habituel; si l'on donne le tartre stibié par doses fractionnées de 1 à 5 centigrammes, la première fait parfois vomir, les autres agissent sur le pouls, la fièvre, la température qu'elles diminuent, la tolérance et l'abattement sont obtenus parfois dès la septième ou huitième heure. Il est bon alors de ne pas dépasser cette limite, car la prolongation de l'usage du tartre stibié jette parfois les malades dans une prostration réellement effrayante, semblable à une véritable intoxication.

Dans le même but, on a administré aussi la *vératrine* par pilules de 5 centigrammes (Aran, Vogt de Berne), mais son usage met les malades dans un tel état de faiblesse et est si mal supporté, qu'il ne semble réellement pas prudent d'avoir recours à cette médication.

La *digitale* et son extrait hydro-alcoolique (Duclos de Tours) a été et est souvent employée soit pure, soit combinée au kermès. On peut la donner aussi à la dose de 40 à 50 centigrammes de poudre par jour en infusion; elle produit des effets antipyritiques et diaphorétiques d'une grande utilité, surtout dans les pneumonies catarrhales ou *broncho pneumonies.*

La médication *tonique et alcoolique* est indiquée toutes les fois qu'il y a débilité de l'individu, chez les vieillards en particulier. Il convient de donner d'heure en heure des cuillérées d'un mélange d'un tiers d'alcool et de deux tiers de véhicule édulcoré. Tout spécialement, cette méthode doit être employée à l'exclusion des autres chez les alcooliques qui ont besoin de la stimulation dans laquelle ils sont ordinairement pour surmonter la maladie. Elle produit alors des résultats réellement merveilleux. Il est à remarquer du reste qu'il faut toujours un certain degré de force et d'énergie vitale pour résoudre une phlegmasie, et souvent la médication alcoolique sera avanta-

geusement employée consécutivement à la méthode contro-stimulante et servira à relever le malade abattu par le tartre stibié.

Dans certaines formes bilieuses de la pneumonie, il peut, au début, y avoir une indication sérieuse d'un *vomitif* même lorsqu'on veut employer l'expectation. Les purgatifs, en général, ne sont pas indiqués ; ils n'agissent que faiblement par la petite dérivation intestinale qu'ils effectuent.

Enfin, les *vésicatoires* ne conviennent point au début de l'affection ; non-seulement ils ne font pas disparaître le point de côté comme les ventouses scarifiées, mais l'on observe, au contraire, après leur application, une exagération de la fièvre. Plus tard, au contraire, à partir du quatrième ou cinquième jour, ils peuvent se montrer très-utiles pour accélérer la résorption de l'épanchement, particulièrement dans les cas de broncho-pneumonie.

Rappelons seulement que, dans les pays où règnent les fièvres intermittentes, la plupart des maladies, et en particulier la pneumonie, exigent impérieusement l'emploi du *sulfate de quinine.—Le Praticien.*

—

Appel à l'attention des praticiens sur le traitement de l'angine couenneuse par la glace. — Dans un article sur le traitement de l'angine couenneuse, le docteur Révillout s'adresse une question désolante :

" Le nombre des victimes que fait l'angine couenneuse devient chaque année de plus en plus considérable, et on est à se demander si, dans cette maladie, comme dans beaucoup d'autres, les théories régnantes, les modes thérapeutiques n'influent pas puissamment sur la mortalité." (*Gaz. des hôp.*)

Cependant le moyen de mettre un terme aux ravages de ce fléau n'est pas à trouver ; il a été publié, à plusieurs reprises, depuis plus de vingt ans. Mais, que ce remède soit, ou peu connu ou mal apprécié, toujours est-il qu'il en est à peine question, et que l'angine couenneuse poursuit ses dévastations.

Dans un tel état de choses, *des résultats invariablement heureux*, obtenus tant par d'autres confrères que par nous-même, nous font un devoir de signaler de nouveau le traitement de l'angine couenneuse par la glace, pour en proclamer de rechef la véritable efficacité. En effet, ce n'est plus à démontrer, la preuve est faite. Toutefois, comme il est très probable que ces faits n'ont pas été suffisamment divulgués, nous allons les rappeler d'une manière sommaire.

Premier groupe.—Dans une épidemie d'angine couenneuse,

le docteur Blanc a sauvé tous ses malades en leur prescrivant des gargarismes *d'eau froide* renouvelés de 20 à 30 fois par heure. (*Revue de thérapeuthique médicale*, 1860, p. 42).

Deuxième groupe.—M. Grand-Boulogne, après avoir relaté les succès de *la glace* dans deux épidémies d'angine couenneuse, observées à la Havane en 1850 et 1855, déclare que les resultats heureux constamment obtenus l'autorisent à affirmer que l'angine couenneuse, convenablement traitée par la glace, doit être classée parmi les maladies les plus bénignes (*même journal*, 15 *février* 1860).

Troisième groupe.— *Ce même journal*, 1er *janvier* 1863, contient un article du docteur Baudon, sur l'administration de *la glace* dans quelques angines. Pour lui, c'est le plus puissant moyen de les guérir; surtout *l'angine couenneuse:* six malades, six guérisons.

Quatrième groupe.—Peu de temps après, M. Grand-Boulogne publiait une nouvelle série de succès (*Ibid.*, 1er juillet 1863).

Cinquième groupe.—*Le* 1er *novembre* 1865, *même journal*, le docteur François Bleynie publiait, sous notre dictée, dix observations d'angines couenneuses toutes guéries par *la glace*, observations recueillies du mois de juillet au mois de septembre, dans le cours d'une épidémie qui s'était déclarée dans deux communes voisines de Limoges.

Sixième groupe.— Depuis cette dernière époque jusqu'à ce jour, nous avons traité par *la glace* toutes les angines couenneuses que nous avons eu à soigner, tant chez les enfants que chez les adultes. Nous n'avons pas eu un insuccès.

Le 1er mars, 1876, p. 117, *même journal*, le docteur Randon a publié un intéressant article sur ce mode de traitement, avec un très-beau succès a l'appui.

Conclusions: les méthodes thérapeutiques qui ne guérissent pas l'angine couenneuse sont jugées par le fait. C'est aux praticiens d'aviser.

Nous rappellerons, en terminant, le moyen d'employer la glace:

Le malade doit avoir constamment dans la bouche un petit morceau de glace, qu'il avale lorsqn'il est à peu près fondu, et qui est remplacé par un autre jusqu'à ce que la fausse membrane ait entièrement disparu.

Pendant le sommeil, on met la glace dans la bouche des enfants qui finissent par la recevoir sans s'éveiller.

Le soulagement est immédiat; mais la fausse membrane ne disparait qu'après quelques jours, de deux à sept.

Nous donnons du vin et des aliments concurremment avec la glace.— (*Journal de méd. de Bruxelles*). — *Revue de Thérap. Méd. Chirur.*

Traitement de l'angine croupale. — Nous allons faire connaître un nouveau moyen de traitement qui, d'après un docteur anglais, M. J. S. Wiles, du comté de Dorset, (Angleterre), donnerait des résultats de beaucoup supérieurs à tous les caustiques, astringents, et autres agents généralement employés.

Voici en effet la traduction analytique de ce que nous lisons dans le *Galignani's Messenger* du 18 décembre:

M. Wiles ayant été appelé dernièrement dans une grande exploitation agricole, où venait de faire irruption l'angine croupale, sous une forme des plus graves, employa les moyens énergiques conseillés en pareil cas, mais sans résultats satisfaisants. Il venait de perdre un deuxième malade, et huit autres étaient dans un état alarmant, lorsqu'il lut un journal américain dans lequel se trouvait indiqué le souffre comme étant supérieur à tous les agents connus.

Immédiatement, M. Wiles incorpora de la fleur de souffre dans de la glycérine, jusqu'à ce que le mélange eût une consistance crémeuse; il ordonna d'en faire prendre une cuillérée à café à chaque malade, trois ou quatre fois par jour; il leur était recommandé d'avaler le médicament lentement. Aux enfants les plus âgés la dose était un peu plus forte. Les narines étaient en outre badigeonnés avec un petit morceau d'éponge imbibée du médicament.

" Je fus frappé, dit M. Wiles, de l'efficacité de ce traitement, " *rationnel*, et depuis que je lui ai donné la préférence sur tous " les autres, je n'ai plus perdu un seul malade (excepté un " enfant hydrocéphalique), lorsque le médicament a été appli- " qué au début." Lorsque le malade ne peut plus déglutir, la fleur de souffre est insufflée dans les narines et l'arrière-bouche à l'aide d'un chalumeau.—(*Abeille méd.*) — *Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Les phthisiques dans le service de M. Péter.—Funestes effets des grandes villes et de la vie confinée, au point de vue du développement de la tuberculose. —Il y a, dans les salles de M. Péter, un certain nombre de phthisiques. Cela tient à ce que ce médecin, si bienveillant, contrairement à ce qui se passe dans bien des services, conserve dans le sien ces malheureux, jusqu'à ce qu'ils demandent leur *exeat*, ou jusqu'au terme fatal. Ainsi, du reste, que le fait observer le savant professeur, quand on observe bien ses malades, l'étude si rebattue de la tuberculisation pulmonaire est très intéressante.

Il est très utile aussi de s'habituer à traiter convenablement

une des affections qui moissonnent le plus d'existences. Si on n'arrive pas à guérir les tuberculeux, il est du moins indispensable d'atténuer leurs souffrances, de prolonger leur vie, dans toutes les limites du possible!

Nous dirons quelques mots de deux de ces malades.

Une jeune fille très robuste a quitté la campagne pour venir se placer à Paris. Ses antécédents sont excellents. Il n'est pas de tuberculeux dans sa lignée. Or, depuis son séjour dans la grande ville, elle est devenue phthisique. Elle a des tubercules au sommet des deux poumons, surtout à droite.

Ce fait est un nouvel exemple des néfastes effets des grandes villes chez les personnes qui, accoutumées à vivre au grand air, viennent se confiner dans un étroit appartement. Aussi voit-on les tubercules constituer le triste attribut des jeunes ouvrières, des cuisinières, etc. En revanche, on les observe beaucoup plus rarement chez les porteurs d'eau et chez les sujets qui se livrent aux plus rudes travaux à l'air libre.

Pour combattre les phénomènes congestifs chez cette jeune fille, M. Péter lui a fait appliquer à la région sous-claviculaire des ventouses scarifiées. Son état est sensiblement amélioré. Comme son séjour à Paris lui serait fatal, sous peu elle sera renvoyée à la campagne, où elle pourra peut-être se rétablir complètement.

La phthisie pulmonaire, dit M. Péter, peut permettre de vivre longtemps. Deux conditions sont indispensables pour la prolongation de la vie. Il faut que les tuberculeux n'aient pas de fièvre, et qu'ils soient doués d'un bon estomac.

—

Manière d'appliquer utilement un cataplasme.— Quand on veut soulager un point douloureux dans la poitrine ou l'abdomen avec les cataplasmes, il faut les faire d'une manière spéciale. Ordinairement on mêle la farine de lin avec l'eau chaude et on applique le cataplasme directement sur la peau, d'où il suit que, pour ne pas brûler son malade, on attend que la plus grande partie de la chaleur ait été perdue. Il faut avoir un sac de flanelle aussi large que le cataplasme. On met celui-ci dans le sac aussi chaud que possible, et l'on place, en outre, un autre morceau de flanelle entre le sac et la peau. Par dessus le tout, on met quelques doubles de flanelle ou une couche d'ouate pour conserver la chaleur. Avec ce moyen, on peut appliquer un cataplasme bouillant sans craindre de brûler la peau, et la chaleur, se répandant peu à peu à travers la flanelle, produit un soulagement qu'on ne pourrait obtenir autrement.

Il n'y a peut-être pas de moyen plus rapide pour calmer les douleurs abdominales en général.— (*Lyon Méd.*)—*Revue de Thérapeutique Méd. Chirur.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES

—

Pansements des plaies par la méthode portugaise. Méthode du professeur Cesario, ou de Coimbre.— Le pansement employé à l'hôpital de l'Université de Coïmbre est pratiqué ainsi qu'il suit :

1° Lotion de la plaie avec un *hydroalcoolé de camphre*, c'est-à-dire, d'une mixture d'eau et d'accoolé de camphre.

2° Occlusion de la plaie par l'union de ses bords (quand il y a lieu) et par une forte couche de camphre fraichement précipité de sa solution alcoolique par l'eau, formant une vraie pâte, et maintenue par une autre couche également forte de charpie ; Des compresses et des ligatures donnent ensuite la solidité nécessaire, à l'appareil.

M. Senna, en présentant cette méthode de pansement, pratiquée chez nous depuis 1843, époque à laquelle elle fut introduite par M. le docteur Cesario, affirme qu'elle a toujour donné lieu aux plus favorables effets.

L'honorable professeur défend à juste titre l'emploi des agents pharmacologiques — alcool et camphre—dans le traitement des plaies, et, comparant la méthode de Coïmbre avec celles prônées par Guérin et Lister, M. Senna fait observer avec raison qne la première satisfait absolument à toutes les indications que celle-ci se proposent de remplir, tout en présentant sur elles de réels avantages.

Pour M. Senna, la doctrine de Pasteur, base pathogénique du traitement de Lister et de Guérin, est une hypothèse tout à fait gratuite, car les faits démontrent qu'un tel critérium, transporté dans le traitement des plaies, ne prévient pas d'une manière absolue les accidents consécutifs, ce qui invalide nécessairement la spécificité qui lui est attribuée. Mais, en admettant même la doctrine des germes, la méthode portugaise l'emporte sur les autres, car l'alcool et le camphre, en dehors d'autres avantages, rempliraient le même but que le coton et l'acide phénique.

M. Senna, faisant intervenir l'excès de chaleur comme une des causes prépondérantes qui peuvent influer défavorablement sur la guérison des plaies, fait observer judicieusement que, sous ce point de vue, le camphre, par ses propriétés volatiles,

remplit un but réfrigérateur qui a beaucoup d'importance, car la volatilisation s'établit juste dans la proportion de l'augmentation de chaleur qui se manifeste pendant le travail morbide et en prévient dans une juste proportion tout excès. Le camphre remplit ainsi l'indication qui sert de base à la méthode de Guyot.

La forme, sous laquelle le pansement portugais se fait, remplit encore, selon M. Senna, un but non moins important. Il place une plaie superficielle dans les conditions plus favorables d'une plaie sous-cutanée, car tout en la couvrant et l'abritant des influences atmosphériques, la propriété de volatilisation du camphre supplée l'évaporation constante qui s'observe à la surface de la peau.

La preuve la plus éloquente en faveur de la méthode de Coïmbre se déduit de la statistique des principales opérations pratiquées à l'hôpital de l'Université dans ces huit dernières années.

Voici, d'ailleurs, les données qu'elle nous fournit:

Amputations de la cuisse: mortalité—25 %

Amputations de la jambe: Mortalité—22,2 %

Amputations de la cuisse, de la jambe, bu bras, de l'avant-bras, du pied et de la main:

Mortalité—15,6 %

En comparant notre statistique avec celle que nous fournit M. Gérin, de 61 amputations de membres, l'avantage est de beaucoup en notre faveur.

Statistique de Guérin: Mortalité—43,2 %

Statistique de l'Hôpital de Coïmbre: Mortalité—15,6 %

Ce qui nous donne une différence favorable de 27,6 %; chiffre dont l'importance est capitale.

Faisons observer de plus que notre statistique spéciale d'amputations de la cuisse, opérations dont l'extrême gravité ne peut être méconnue, offre encore, comparée avec le chiffre total de Guérin, un avantage de 18,2 %.

La dernière statistique présentée par l'éminent chirurgien de Lisbonne, M. Barbosa, à l'Académie Royale des Sciences, dans un discours qui a été traduit en français par le docteur Bertherand, quoique légèrement inférieure à la nôtre, est toutefois beaucoup au-dessus encore de celle de M. Guérin. Dans cette statistique, le percentage est de 16,1, et ce résultat et celui qu'exprime notre comput affirme éloquemment que la pratique usitée en Portugal (les méthodes de traitement à Lisbonne et à Coïmbre sont à peu près semblables) dans le pansement des plaies, n'a rien à demander aux pratiques les plus prônées à l'étranger.

Nous sommes donc sincèrement convaincus, en dehors de tout esprit de patriotisme, que l'humanité souffrante a beaucoup à gagner à la généralisation de la méthode de Coïmbre. —*Revue de Thérap. Méd. Chirur.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Cystocèle vaginale. — La femme qui est atteinte de ce vice de conformation, est âgée d'une cinquantaine d'années. Elle présente, dans le champ vulvaire, une tumeur rosée, qui fait issue par la station ou les efforts et se réduit dans le décubitus horizontal. Cette tumeur est due à un relâchement des parois antérieures du vagin. Elle est constituée par le prolapsus de la paroi vésico-vaginale. La vessie, en effet, est comprise dans les parties prolabées. On peut s'en assurer en engageant une algalie dans la vessie, le bec de l'instrument se fait sentir au travers de la closion relâchée. Il n'en serait pas ainsi, si la paroi vaginale seule était en cause.

Quelquefois ces sortes de tumeurs sont aussi formées par un abaisement de la closion recto-vaginale. Mais ici, la partie antérieuse seule du vagin est affectée ; il n'y a donc pas de rectocèle. Chez certaines femmes, le relâchement vaginal peut être accompagné d'abaissement à un dégré variable de l'utérus. Ici cet organe, un peu atrophié, en raison de l'âge de la malade, n'est pas sensiblement abaissé.

Le mode de formation de la cystocèle est assez difficile à expliquer. Tout ce que l'on sait à cet égard, c'est que, à la suite de l'accouchement surtout, les femmes sont sujettes à un relâchement de la vessie et du vagin, conséquence de la distension subie par ces parties, par le fait de la puerpéralité. Ces parties, mal maintenues, sont susceptibles de prolaber. Dans l'état ordinaire, ces tissus, par eux-mêmes, ont une certaine résistance. Il sont, en outre, soutenus par l'aponévrose périnéale supérieure, car, à ce point de vue, l'aponévrose moyenne n'a pas une grande importance. Ces divers organes sont aussi réunis par un tissu cellulaire connectif assez dense. Dans les cas qui nous occupent, au contraire, le tissu cellulaire est très-relâché. L'aponévrose n'a elle-même aucune résistance. De là la tendance de ces parties à prolaber. Il faut donc faire, dans la production de la cystocèle, la part de l'aponévrose, du péritoine, de la paroi vésico-vaginale. Il est vrai que, jusqu'ici, le contrôle par le scalpel n'a pas été fait ; mais le fait clinique est là.

Cette infirmité (car par le fait c'en est une), n'est ni douloureuse ni dangereuse. C'est une simple incommodité. Mais cette incommodité produit des inconvénients de trois sortes :

1° La marche est gênée par la sensation incommode d'une grosse saillie vulvaire. Beaucoup de femmes, il est vrai, n'en sont pas bien incommodées, et y font peu attention.

2° Certaines femmes, au contraire, quoique peu gênées mécaniquement, se préoccupent beaucoup de cette tumeur. La plupart d'entre elles se montent aisément la tête, dès qu'elles voient survenir quelque chose qui n'est prs ordinaire du côté de *leur matrice*. Pour elles, en effet, tous les organes générateurs, externes comme internes, ne sont autre chose que la *matrice*. Dès qu'il se produit un dérangement fonctionnel ou organique quel qu'il soit, de ce côté, l'imagination va son train. Le mot effrayant de cancer est bien vite prononcé. Il y a donc ici un *côté moral*, dont il convient de tenir grand compte.

3° Cette infirmité, enfin, a pour résultat de gêner plus ou moins la miction. Le bas fond vésical prolabé entraîne la partie supérieure de l'urèthre, de telle sorte que les deux orifices extrêmes de ce canal ne se trouvent plus sur la même ligne. Il en résulte que le jet de l'urine peut être lancé non plus en bas, mais en haut.

La femme doit alors prendre des précautions pour ne pas mouiller son linge en urinant. Quelques-unes même ne peuvent procéder à la miction qu'en réduisant au préalable la tumeur et même en la maintenant réduite durant le cours de l'émission de l'urine.

A bien des points de vue, il est donc nécessaire de parer à ces inconvénients.

Le traitement doit être distingué en curatif et en palliatif. Du premier, il n'en faut pas parler. La cautérisation actuelle, potentielle, l'élytrorraphie et une foule de modes opératoires, en un mot, ont été proposés. On a relaté quelques succès de temps en temps, mais comme les résultats, favorables au premier abord, n'ont été que temporaires, comme aussi plus d'une de ces opérations a donné lieu à une péritonite mortelle, on a fini par comprendre qu'il fallait se garder d'exposer les malades à de si grands périls, dans le but de les débarrasser d'une infirmité très supportable. Pour toutes les maladies légères, en principe, il faut s'en tenir à un traitement inoffensif.

Pour ce qui est des moyens palliatifs, ils consistent simplement dans l'emploi des agents contentifs, ce qui revient à dire qu'il faut s'en tenir à l'emploi de pessaires. Ils ont pour objet de distendre les parois vaginales et de contenir les tissus qui ont tendance à prolaber.

Il est une foule de pessaires. Celui qui paraît le plus convenable, chez cette malade, c'est le pessaire à anneau de M. Gairal. On pourrait aussi utiliser celui de M. Dumontpallier, qui n'est qu'une modification du précédent. Si ces agents de contention ne remplissent pas bien leur objet, on tentera de tirer parti du pessaire à air de Gariel, du pessaire en gimblette, en bondon, etc.—*Revue de thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Du danger des injections vaginales.—Dr. George Johnson insiste sur les formidables accidents que peuvent parfois déterminer les injections intra-vaginales par suite du passage du liquide dans les trompes de Fallope. Il cite deux observations à l'appui.

1° Il s'agit d'une jeune femme de dix-neuf ans, atteinte d'une leucorrhée contre laquelle elle employait depuis longtemps les injections de tannin. Un jour, à la suite d'une injection qu'elle s'était faite à la hâte, en introduisant la canule aussi profondément que possible, elle poussa un cri et tomba en disant: "Je souffre atrocement; je viens de me tuer." Une péritonite se déclara immédiatement, et, au bout de quarante-six heures, la mort survenait, en dépit des soins les plus dévoués et les plus intelligents.

2° Une dame, mère de six enfants, à la suite d'une injection au sulfate de zinc, fut prise d'un frisson violent, avec une douleur hypogastrique atroce, qui s'irradia vers la fosse iliaque gauche et le dos. Bientôt apparurent des signes non douteux de métro-péritonite. Toutefois, grâce à un traitement énergique, la malade finit par guérir, mais après de longs jours de souffrance.

L'auteur tire de ces faits les conclusions suivantes :

1° Mettre, autant que possible, les femmes en garde contre les injections intra-vaginales, à moins qu'elles ne soient faites sous la direction d'un médecin ;

2° Ne jamais prescrire d'injections avant de s'être préalablement assuré de l'état du col et du corps de l'utérus (ouverture du col, prolapsus, rétroversion) ;

3° Recommander à la femme de faire ses injections *couchée*, et de pousser doucement le liquide.—*Maryland Medical Journal.* —*Le Praiicien.*

———

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, MAI 1879.

Rédacteurs :

MM. LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE ET S. LACHAPELLE.

La qualité plutôt que la quantité.

Tel est le titre d'un article publié par le journal de médecine, *The Hospital Gazette* de New-York, 29 mars 1879, à l'occasion de la distribution des diplômes dans les divers colléges de médecine.

Nous reproduisons cet article en entier, convaincus qu'il ne manquera pas d'attirer l'attention de nos lecteurs, et que plus d'un admettra en le parcourant, que l'enseignement médical en Canada n'est malheureusement pas toujours et partout à l'abri des reproches que notre confrère adresse à certains Colléges de Médecine des Etats-Unis.

" Il est de notre devoir de souhaiter la bienvenue aux jeunes gens qui viennent d'entrer dans la profession. C'est là, pour nous, une vieille habitude qu'entretient le témoignage de notre conscience et plus encore certains faits qu'on nous rappelle et qui démontrent que nos paroles de bienvenue ont stimulé de nobles ambitions qui dans la suite sont devenues des réalités. Nous désirons, en outre, présenter nos félicitations aux nouveaux gradués, et les solliciter de ne jamais perdre de vue la sublimité de leur mission afin qu'ils puissent toujours apprécier à sa juste valeur, l'immense responsabilité dont ils se sont chargés. De la manière dont ils sauront mettre ces réflexions en pratique et y conformer leur conduite dépendra leur succès.

" S'il nous était permis de formuler un souhait ce serait que chaque débutant eut assez de courage moral pour mettre de côté la vanité " le vice favori des sots," ce défaut presque général, et qu'il ne craignit pas de s'aider de l'habileté et de l'expérience de ses ainés.

" A ce propos et pour mieux faire comprendre la portée de

nos souhaits de bienvenue, qu'on nous permette de faire quelques réflexions qui se sont présentées à notre esprit à différentes époques et que nous n'avons jamais énoncées faute d'opportunité. Depuis quelque temps, cependant, on a tant accusé la profession de négligence, qu'il ne nous est plus permis de nous taire et même nous n'avons que trop temporisé.

" Il règne, dans le monde, un sentiment de mécontentemennt à l'égard des qualifications requises pour être gradué dans certains colléges de médecine, et de l'obtention de diplômes par des gens non qualifiés sous le rapport moral et intellectuel.

" Chaque *diplômé* non compétent que fabrique un collége de médecine est un assassin licencié. Les expressions de ce genre sont le plus souvent employées comme hyperboles pour frapper l'esprit du lecteur et l'impressionner, mais dans le cas actuel, la terrible vérité qu'exprime le mot est insuffisante à faire comprendre le fait.

" Le nouveau médecin se lance dans le monde, avec la recommandation d'hommes qui ont acquis leur réputation au prix de plusieurs années d'étude et de pratique, et est reçu par l'humanité souffrante qui prise si haut sa propre existence et se livre avec confiance à celui qui doit la lui conserver, en cas de maladie, comme à un maître, à un arbitre de sa destinée. Ce n'est pas de la vanité que de parler de soi en bien dans l'intérêt de la justice, et il nous est bien permis de constater le fait que le patient a une espèce de culte pour son médecin et que la profession est enveloppée d'un mystère que même les cours de justice et les liens de famille considèrent comme inviolable.

" Puisque la profession réclame ce tribut comme un hommage qui lui est dû, il est facile de conclure que le débutant en reçoit sa part; d'autant plus que la nouveauté de sa position l'excite à rechercher l'occasion de motiver ce tribut. Guidé par ses dispositions naturelles soit à la témérité, à la paresse, à la circonspection, ou à l'étude, il saisit l'occasion qui se présente, et traite la question de la vie ou de la mort, parce qu'il est possesseur d'un diplôme conféré par un collége de médecine. Si un travail consciencieux, l'observation, une vocation véritable et de bons conseils l'ont mis à la hauteur de sa position, ne lui arrive-t-il pas de se trouver embarrassé dans une foule de cas. Il soupire après la lumière, se livre avec ténacité à la recherche des vérités cachées, implore l'assistance divine et se refuse tout repos et confort, dont il ne consent à jouir, qu'après que son dévouement pour ses patients a fait luire à ses yeux les premières lueurs du triomphe.

" Ce qui est vrai de l'étudiant consciencieux qui entre dans

sa carrière professionnelle l'est également, — en raison de la confiance qu'on lui accorde et du prestige que lui donne son titre sacré—de l'individu incompétent devenu propriétaire d'un diplôme qui l'autorise à pratiquer la médecine. La même bienvenue lui est souhaitée par les gens du monde, qui après avoir employé les années qu'ils ont pu consacrer à l'étude à s'initier au genre d'occupation ou de commerce auquel ils avaient été destinés par leurs parents, n'ont pu acquérir, faute de temps ou de dispositions, aucune ou presqu'aucune notion d'anatomie, de physiologie ou d'hygiène.

" Bien plus, l'étudiant travailleur fait au début triste figure auprès de son rival, car le mérite se cache sous des dehors modestes tandis que " les fous se précipitent là où les anges n'avancent qu'avec circonspection."

" Il est inutile d'insister sur les résultats désastreux du travail de ces misérables meurtriers. Ils ne sont que trop connus, tant aux parents qui pleurent la perte d'êtres chéris qu'à la profession qui tolère les monstres qui en sont les auteurs.

" Sur qui retombe la responsabilité de cette disgrâce ? Nous croyons pouvoir répondre sans hésiter qu'il' faut en blâmer les membres des facultés des colléges. On permet à ces messieurs d'accorder des diplômes et même de fixer les conditions requises pour les obtenir. Il y a dans l'adoption des qualifications au diplôme et dans les examens préliminaires à l'obtention des dégrés, des fautes sérieuses dont les colléges bénéficient pécuniairement mais dont la profession souffre. C'est à ces fautes qu'il faut porter remède. La profession par respect pour elle-même et pour les malades qui lui accordent leur confiance, doit adopter sans plus tarder, des mesures efficaces pour couper court à cette manie de diplômer des docteurs quand même. Il est temps de faire porter aux professeurs qui lancent parmi le peuple ces bouchers de chairs humaines la responsabilité de leurs actes sans égard pour les motifs qui les guident que ce soit l'argent qui leur vient des étudiants, de vains honneurs professionnels ou l'aberration mentale.

" Le masque d'honorabilité dont certains accusés ont cherché à couvrir leurs méfaits a été tout récemment enlevé sans merci par les Cours de justice, et des citoyens honorés ont été arrachés de leurs splendides demeures pour être logés dans les appartements moins luxueux de la prison commune et cela parce qu'ils avaient apposé leur signature à des états de compte qui n'étaient pas exacts dans tous les détails bien que soigneusement préparés par des experts. La profession aura lieu de se réjouir quand le même bras implacable s'abattra sur ces fabricants de *diplômés* sans foi ni conscience."

Société Médicale.

APOPLEXIE.

Séance du 17 avril.

Présidence du docteur Laramée.

La société médicale doit être fière de sa dernière séance : elle a été rudement employée. La lecture du docteur Dagenais sur l'" Apoplexie ", suivie d'une discussion très-animée entre le lecteur et MM. E. P. Lachapelle, Ricard, Filiatreault, Brosseau, Desjardins et Laramée, tel a été le programme de cette soirée scientifique ; la discussion est à continuer. Rien d'extraordinaire, le sujet est vaste, et je doute même qu'une seconde discussion puisse réussir à l'épuiser. En effet quoi de plus important. et conséquemment de plus long qu'une guerre à la nosologie ? Et l'étude du docteur Dagenais n'est pas autre chose que le premier coup de feu tiré parmi nous contre cet ennemi des médecins de tous les pays, qui comme ces bêtes fabuleuses, semble renaître plus fort des blessures qui lui sont faites.

Un grand philosophe allemand, Kant, écrivait : " Les jurisconsultes cherchent encore une définition de l'objet même de leur science, le droit." Nous, médecins, nous avons des définitions, mais nous ne sommes guères plus avancés que si nous n'en avions pas du tout, nous sommes à peu près comme les jurisconsultes du temps de Kant et peut-être d'aujourd'hui. Voyons pour l'apoplexie.

Qu'est-ce que l'apoplexie ? C'est une maladie foudroyante, caractérisée par nne paralysie soudaine et une perte complète de l'intelligence. Or l'hyperrhémie cérébrale, l'hémorrhagie cérébrale, l'hydrocéphalie aigue et le ramollissement du cerveau, qui sont autant de maladies auxquelles les anciens ont appliqué le nom d'apoplexie, ne nous présentent-ils pas des ordres de symptômes et de caractères anatomiques tout à fait différents ? Pourquoi donc alors un nom semblable ? Il convient donc de le rayer du cadre nosologique : telle est la thèse du docteur Dagenais.

Dr. E. P. Lachapelle ne craint pas d'aller plus loin, ridiculise sans gêne ces apoplexies, qu'on appelle nerveuses, quand l'examen post-mortem ne nous présente aucune lésion anatomique, baptisant ainsi une chose inconnue, et considère que le même nom ne saurait s'appliquer aux congestions de diverses organes, même aux épanchements de sang dans ces mêmes organes : le simple nom, hémorrhagie ou congestion, serait alors plus convenable.

Dr. Ricard passe en revue les quatre maladies mentionnées par le lectureur et démontre combien il est injuste de leur donner le nom d'apoplexie.

D'après le Dr. Filiatreault, nos pères connaissaient peut être plus le latin que la médecine, cela soit dit sans ingratitude, et il convient de corriger des noms qui n'ont pas leur place.

Les Drs Brosseau, Laramée, Desjardins tout en approuvant parfaitement la réforme demandée, ne tombent pas dans le vif de la question, et préfèrent s'étendre dans de sérieuses considérations d'ailleurs, sur l'effet produit par l'apoplexie que les uns attribuent au caillot, et les autres au choc nerveux causé par la déchirure, (Dr. Laramée) sur l'état athéromateux et calcaire des artères (Brosseau), sur l'apoplexie rétrinienne (Desjardins).

La question soulevée par le Dr. Dagenais et soutenue par tous ceux que nous venons de nommer, est bien claire, et doit être facilement comprise et acceptée. Ce n'est donc pas sans raison que Cabanis disait: " Le sage ne découvre des vérités nouvelles qu'en épurant son langage et lui donnant plus de précision." Retrancher du langage médical un nom comme celui qui a été le sujet de la dernière discussion de la Société Médicale, équivaut sans aucun doute à plus de clarté dans le diagnostic, et plus de droiture dans le pronostic. Qu'il n'en soit plus parlé, si nous voulons nous bien comprendre et être bien compris.

***

Les réformes sont bonnes en autant qu'elles causent plus de bien que de mal. C'est un principe de sens commun, qui saute aux yeux si vous voulez bien, et qui n'en est pas moins très peu compris bien souvent. Ainsi voyez M. Piorry et son école, que demandent-ils? une réforme du langage médicale, mais absolue, *ab imis fundamentis!* Tout bouleverser de fond en comble de la base au sommet: la nomenclature ou la terminologie, et la classification pathologique que nous reconnaissons, parce qu'elles sont classiques, n'ont aucun prix aux yeux du célèbre réformiste qui pour être extrême dans ses exigences, n'en a pas moins son mérite de travailleur infatigable. M. Louis Pleisse répond d'une manière triomphale à la doctrine de Piorry, nous empruntons:

La méprise de M. Piorry, sur la prétendue nécessité d'une réforme de la langue médicale se révèle de la manière la plus claire dans la critique qu'il fait, dans ses livres, de la terminologie usitée généralement en pathologie. Il la trouve impropre, arbitraire, uniforme, monstrueuse, nulle. Les trois

quarts des noms donnés aux maladies ne se rapportent à rien de précis, ou signifient tout autre chose que ce qui est et qu'on veut leur faire signifier. Que signifie, par exemple, phthisie? Le mot vient de σήπω, sécher, périr. Il veut dire amaigrissement. Mais la maladie ainsi nommée, n'est-elle donc qu'un amaigrissement et suffit-il de maigrir pour être diagnostiqué phthisique? Que veut dire variole? On nommera ainsi une affection à cause des nuances variées que prend la peau. N'est-ce pas une absurdité d'établir sur un caractère si vague une espèce pathologique? Et le cancer qui tire son nom de la prétendue ressemblance de certaines tumeurs avec une écrévisse? Et l'ulcère appelée lupus, parce qu'il ronge la peau? etc., etc.

Tel est le sens de la querelle faite par M. Piorry à la langue médicale. Il suffit pour montrer le peu de solidité de cette critique, de dire qu'en fait tous ces mots n'ont pas du tout le sens qa'il leur suppose, ou veut supposer dans l'intérêt de son attaque. Quand un médecin parle d'une phthisie aujourd'hui, d'un cancer, etc., il entend et désigne certaines espèces de maladies, parfaitement déterminées dans son esprit et dans la nature par des caractères spéciaux; ces mots représentent non la notion qu'on put avoir de ces maladies, au moment de l'imposition du nom, ou à d'autres époques, mais celles qu'on en a actuellement, celle qui est admise dans la science, qui est la science même. La phthisie dans l'esprit de Laëimex, et de M. Louis n'est plus ce qu'elle était dans l'esprit d'Hippocrate. L'idée est bien différente quoique le mot soit resté le même. Mais ce mot représente l'idée moderne, aussi bien qu'il représentait l'idé ancienne; il remplit complètement sa fonction. Pourquoi alors le changer.

Où en serions-nous avec la grande division de Piorry, en anatomo-pathologie, avec les dénominations suivantes par exemple: Dysorganotopies, Dysorganomorphies, Hyperorganotrophies, Sclerosies, Malascies, etc., etc. Quelle clarté jetée brusquement sur la médecine; quels horizons nouveaux, n'est-ce pas!!

Non, détruire pour rebâtir de cette manière ne vaut guère mieux que détruire par instinct pour le plaisir de mal faire. Et c'est bien malheureux de voir un homme consacrer son existence et ses talents à une œuvre de désorganisation semblable, qui équivaut à la destruction complète de l'édifice, non seulement médical, mais aussi scientifique. Car appliquer ces principes de réforme d'une manière sérieuse à la médecine, il faut aussi conséquemment les appliquer aux diverses sciences; la révolution devient universelle. Non, le progrès n'est pas là;

il n'y a pas de progrès dans une guerre de ce genre. La paix, voilà la source de tout progrès en science, comme en économie politique. Nous la réclamons donc, en conclusion : comme M. Dagenais et autres, retranchons les mots inutiles, et surtout les mots qui donnent une fausse idée de la maladie, mais ne faisons pas de révolution comme Piorry.

Association Pharmaceutique de la Province de Québec.—Les examens annuels de cette Association ont eu lieu à là salle de l'Association, 628, rue Lagauchetière, le 29 et le 30 d'Avril.

Il y avait six candidats pour l'examen majeur ; sur ces six candidats, quatre ont été admis : MM. Oswald Coursolle, Wm. S. Kerry, C. E. Hephurn et Elzéar Laviolette.

Ont été admis commis approuvés : MM. John N. Miller, Joseph Williams, W. R. Irman, W. F. Whelan, Edmond Léonard et S. G. Mitchell.

Quatre candidats ont été admis à l'étude de la pharmacie.

Voici les noms des examinateurs : Henry R. Gray, Alex. Manson, J. D. L. Ambrosse, Montréal ; Roderich McLeod, J. B. Martei, Québec ; H. F. Jackson, Montréal ; Président, Nathan Mercer, Montréal.

Concours.—*La Société contre l'abus du Tabac* met au concours les questions suivantes pour 1879 :

1° *Prix de* 100 *francs.*—De l'influence du milieu où l'on fume sur les personnes qui y sont exposées.

2° *Prix de* 100 *francs.*—Du rôle de la femme pour combattre l'abus du tabac.

3° *Prix des Instituteurs* (100 francs).—Des moyens dont peut disposer l'instituteur pour combattre la tendance des enfants à fumer.

4° *Prix de médecine* (collection entière, 24 années de la *Gazette de l'Algérie*, offerte par M. le Dr. A. Bertherand).—L'usage immodéré du tabac exerce-t-il une influence néfaste sur l'aptitude à la procréation et sur la santé des enfants ?

5° *Prix de statistique* (200 francs).—Réunir des faits et établir des statistiques destinées à démontrer, par tous les résultats des études, s'il est constamment vrai que les élèves non-fumeurs ont en moyenne, la priorité sur les fumeurs.

6° *Prix militaire* (300 francs, offert par M. Decroix).—Etablir par des faits si, dans l'armée, les fumeurs subissent plus de punitions, sont plus souvent malades, endurent plus de priva-

tions quand le tabac vient à manquer ou quand le règlement défend de fumer, que les militaires non fumeurs.

Chaque lauréat recevra, en outre, une médaille, dont une de vermeil pour le prix de médecine. D'autres récompenses seront en outre décernées pour mérites divers. Le programme complet du concours sera adressé à ceux qui en feront la demande au président, rue Saint-Benoit, 5, à Paris.

—

Extrait de Malt de Trommer.—Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur la circulaire que nous publions ailleurs et qui contient tous les renseignements désirables sur les mérites et les diverses combinaisons de cette excellente préparation. Depuis un an, l'Extrait de Malt de Trommer a été très-employé en Canada, et les excellents résultats obtenus ont déjà placé cette préparation au nombre de nos meilleurs agents thérapeutiques. Nous ne doutons pas qu'avant peu l'Extrait de Malt sera d'un usage aussi général ici qu'il l'est en Europe et aux Etats-Unis, et que les rapports de nos médecins sur son emploi seront aussi favorables que ceux obtenus ailleurs.

—

Assemblée semi-annuelle.—L'assemblée semi-annuelle du Bureau provincial de médecine aura lieu à Montréal, mercredi, le 14 Mai courant.

—

Avis.—Ceux de nos abonnés qui ne conservent pas la série de *L'Union Médicale*, nous obligeraient beaucoup en nous adressant le numéro de Juillet 1874.

VARIÉTÉS

Erasme et les nourrices.—Erasme a consacré aux nourrices le *colloque* suivant: Les interlocuteurs sont un philosophe et une nouvelle accouchée.

Le philosophe s'adresse à cette dernière :

—Où est donc votre enfant ?

—Il est chez sa nourrice.

—Comment, chez sa nourrice! A-t-il donc une autre nourrice que sa mère ?

—Pourquoi pas ? J'ai fait comme tout le monde.

—Tout le monde ! voilà, ma foi, une belle autorité pour décider ce qui est bien ou mal fait !

—D'ailleurs, mes amis l'ont voulu ainsi ; ils ont pensé que j'étais trop jeune, qu'il fallait me ménager.

—Mais pourtant si la nature vous a donné la force d'être mère, elle a dû également vous donner la force de nourrir votre enfant; et puis, dites-moi, ne sentez-vous pas toute la douceur de ce nom de mère?

—Mais si!

—Voudriez-vous qu'une autre femme, si c'était possible, fût la mère de votre enfant?

—Pas le moins du monde!

—Eh bien, alors, pourquoi, de votre plein gré, transférez-vous à une autre femme une part, et la meilleure, de votre titre de mère?

—Grand Dieu! partager mon enfant! je suis sa mère, sa seule mère.

—Pas du tout! la nature tout entière vous dément! De tous les animaux, en est-il un qui ne nourrisse ses petits? Les oiseaux de nuit, les vipères, élèvent soigneusement leur progéniture; et l'on ne voit que chez nous les mères abandonner leurs enfants. Voilà un pauvre petit être tout endolori, qui n'a, pour ainsi dire, d'autre souffle que le souffle de celle qui l'a mis au jour; il appelle sa mère, il l'appelle de cette voix qui remue dans leurs entrailles même les bêtes féroces; et c'est vous, vous sa mère, qui le livrez à une femme dont vous ne connaissez ni la santé, ni le caractère, ni les mœurs, à une femme pour qui la moindre somme d'argent aura plus de prix que votre enfant!...

—Vous vous trompez; cette femme a été choisie avec soin; elle jouit d'une excellente santé.

—Soit, je l'admets; je vous demanderai néanmoins si vous croyez indifférent que votre enfant suce le lait d'une mère, un lait qui lui est, en quelque sorte familier, ou qu'il reçoive sa nourriture d'une étrangère? La vigne transplantée change de nature; la jeune plante arrachée du sol où elle a pris racine se flétrit et semble vouloir mourir; c'est même pour cela qu'on la transporte entourée, autant que possible, de sa terre natale.

—Eh! quoi, ne dit-on pas qu'en transplantant les arbres et en les greffant, on obtient des fruits meilleurs?

—Sans doute, mais ce n'est pas immédiatement après leur naissance qu'on les traite ainsi. Il viendra un temps où vous devrez éloigner votre fils de la maison maternelle, pour achever son éducation; mais ce qu'il lui faut maintenant, c'est d'être réchauffé sous l'aile de sa mère.

DÉCES.

A St. Rémi, le 12 avril, Léon Lachapelle, M. D., âgé de 65 ans. Il était père de Sévérin Lachapelle, M. D., de la ville St. Henri.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'apoplexie.

Par A. Dagenais, M. D.

(*Lu devant la Société Médicale de Montréal.*)

Monsieur le Président,

Messieurs,

Pendant plusieurs siècles on a donné le nom d'apoplexie à toutes les maladies du cerveau se faisant remarquer par la perte subite de l'intelligence, du mouvement, de la sensibilité et par du coma. La proposition suivante de Boerhaave était acceptée sans opposition :

" Apoplexia dicitur adesse quando repente actio quinque sensuum externorum, tum internorum, omnes que motus voluntarii abolentur, superstite pulsu plerumque forti, et respiratione difficili, magna, stertente, una cum imagine profundi perpetuique sumni."

Et, dit Trousseau, si à cette description rapide que Boerhaave trace des phénomènes apoplectiques, vous ajoutez ce qui est compris dans la définition donnée par Paul d'Egine, que cette perte de sentiment et de la sensibilité de toutes les parties du corps est produite par une affection du *sensorium commune*, vous savez ce qu'il faut entendre par apoplexie. Pour les médecins d'alors, l'apoplexie était une maladie une et simple et qui requérait toujours le même traitement. Watson avait l'habitude dans ses lectures, de rapporter à ses élèves le fait suivant pour leur faire voir l'idée que ses devanciers avaient de l'apoplexie. Un médecin ayant été appelé en consultation par un confrère d'un lieu assez éloigné pour un cas d'apoplexie, songeait chemin faisant, à ce qu'il pouvait conseiller. La saignée, se disait-il, doit avoir été pratiquée ; les sangsues, les ventouses doivent avoir été appliquées ; quand j'arriverai, les purgatifs auront été employés, et je vais me trouver dans la

position humiliante pour moi, et peu satisfaisante pour le malade qui paie les frais de la consultation, de ne pouvoir prescrire rien de nouveau. La pensée lui vint que peut-être, les lavements de térébenthine n'auraient pas été administrés, et il se consola en pensant qu'il pourrait les prescrire. Mais il n'eut pas l'occasion de recourir au moyen qu'il avait trouvé de sauver sa position ; car, il rencontra un courrier qui lui apprit que la consultation était devenue inutile, parceque le malade était mort. Watson après avoir raconté cette anecdote, profitait de cette occasion pour rappeler à ses élèves que les effets de l'apoplexie sur le cerveau était très variés, et pour les prévenir de ne pas adopter un seul mode de traitement pour tous les cas qu'ils rencontreraient plus tard, dans la pratique.

Je ne viens pas, Messieurs ce soir, vous décrire tous les symptômes que l'on observe dans ce qu'on appelle communément l'apoplexie; je ne viens pas non plus vous en indiquer les causes, la marche, les terminaisons ; vous connaissez ces choses aussi bien et peut-être mieux que moi. Mais je désire appeler votre attention sur le fait que sous le nom d'apoplexie on a trop longtemps compris des troubles très divers par leur nature, par leurs effets anatomiques et par le traitement qu'ils requièrent.

Cela est tellement vrai qu'aujourd'hui, quand on vous dit que quelqu'un est mort d'apoplexie, vous ne savez pas s'il est mort d'hypérémie du cerveau, d'hémorrhagie cérébrale, d'hydrocéphalie aigue ou de ramollissement aigu. Le diagnostic de ces maladies est souvent si difficile à faire pendant la vie, que l'on trouve plus commode de les désigner par le nom générique d'apoplexie. Aussi, ce mot laisse toujours dans l'esprit une idée confuse et mal définie, de sorte qu'il serait peut-être à désirer de le voir disparaître du cadre nosologique. Déjà depuis plusieurs années, Valleix avait exprimé ce désir et Watson avait dit qu'il était préférable de ne pas donner le nom d'apoplexie à l'hémorrhagie cérébrale; les auteurs les plus récents, tels que Trousseau, Jaccoud, Niemeyer ne parlent pas d'apoplexie ; ou s'ils la mentionnent, ce n'est que pour rappeler que la congestion du cerveau, l'hémorrhagie cérébrale, l'hydrocéphalie aigue et le ramollissement aigu ont été jadis appelés de ce nom par les auteurs qui les ont précédés. Il me semble qu'ils n'ont pas tort ; car retranchez ces maladies et il n'y a plus d'apoplexie. A première vue, il peut paraître oiseux de discuter pour savoir si l'on doit continuer d'appeler apoplexie ces diverses maladies, et l'on pourra m'accuser, peut-être de faire une simple dispute de mots ; mais, si l'on admet que ces maladies diffèrent par leur nature, par leurs effets anato-

miques et par le traitement qu'elles nécessitent, on avouera sans doute, qu'il est important de faire disparaître tout ce qui peut produire de la confusion et de l'obscurité sur le sujet. Messieurs, je ne pense pas éprouver de difficulté à vous démontrer que les maladies que je viens de mentionner diffèrent par leur nature et par leurs effets anatomiques; je n'aurai qu'à donner les définitions généralement reçues et à vous rappeler l'anatomie pathologique de ces affections. Tout le monde est d'accord sur ces points. Aussi mon intention était-elle de ne pas parler de ces choses, si je n'en avais pas eu besoin pour appuyer ce que j'ai à dire du traitement.

La congestion du cerveau étant une affection dans laquelle une plus ou moins grande quantité de sang s'accumule dans l'encéphale sans rompre les parois vasculaires, n'est certainement pas la même chose que l'hémorrhagie cérébrale, qui consiste dans un épanchement plus ou moins considérable de sang dans la substance du cerveau. L'hémorrhagie cérébrale, il est vrai, peut être la conséquence de la congestion, mais elle n'en est pas moins une maladie distincte. Je vous épargnerai l'ennui de vous rappeler la différence qui existe entre ces deux maladies et l'hydrocéphalie aigue et le ramollissement aigu,dont les noms seuls établissent clairement la nature, et je passerai immédiatement à l'anatomie pathologique des diverses maladies auxquelles on a donné le nom d'apoplexie. Depuis un certain nombre d'années, cette partie de la science a fait un pas immense, grâce surtout aux travaux d'Andral, de Calmeil et de Durand-Fardel en France, et d'Abercrombie et de Todd en Angleterre. Grisolle se servant des travaux de ces auteurs, fait le tableau suivant des lésions anatomiques que l'on rencontre dans l'hypérémie cérébrale.

"Lorsque l'hypérémie survient spontanément, elle est presque toujours générale. L'hypérémie bornée à un point des centres nerveux se lie presque toujours à quelque lésion matérielle organique préexistante, comme un caillot, un ramollissement, une tumeur, etc. Ici, comme partout, la rougeur est le premier indice de la congestion. A l'ouverture du crâne, on trouve une injection vive de la pie-mère sur les circonvolutions et plus encore dans les anfractuosités. On en juge bien mieux, lorsque détachant les membranes, on les examine à la loupe ou seulement en les interposant entre l'œil et un rayon lumineux. La congestion de la pulpe nerveuse a des caractères différents, suivant qu'on la considère dans la substance médullaire ou dans la substance corticale. En coupant le cerveau par tranches minces, on voit aussitôt suinter ça et là, sur la substance blanche, un nombre plus ou moins grand de petites

taches de sang : on dit alors que le cerveau est piqueté ou sablé, parce que, en effet, ce pointillé ressemble assez bien à des grains de sable rouge qu'on aurait semés sur la substance médullaire. Cette disposition se remarque surtout dans les lobes antérieurs, à la convexité des hémisphères et dans les couches optiques. L'hypérémie qui affecte la substance grise peut bien s'y révéler aussi par le même état piqueté ou sablé; celui-ci est alors très-appréciable sur la couche la plus extérieure, tandis que dans les couches plus profondes existe une coloration uniforme, rouge ou violacée. Si l'on presse ces tissus entre les doigts, on en fait suinter une quantité de sang plus ou moins considérable. Cette injection se trouve dans les parties de l'encéphale, qui comme les corps striés, sont riches en substance grise.

Une congestion aussi générale et aussi grande ne peut exister dans les méninges et dans le cerveau, sans qu'il en résulte une gêne dans la circulation, et comme conséquence fatale, un épanchement séreux, parfois légèrement teinté de sang, dans les ventricules et dans les mailles de la pie-mère. Dans tous les cas la *pulpe cérébrale est intacte*, elle a même *sa consistance normale*, et les membranes se séparent facilement, sans entrainer après elle aucune parcelle de substance corticale. Il n'en est plus ainsi lorsque, au lieu de mourir subitement, ou après quelques heures, les individvs ont lutté pendant plusieurs jours. On trouve presque toujours alors, dit M. Calmeil, des traînées de plasma sur les trajets des principaux vaisseaux de la pie-mère, presque toujours aussi ce produit extra-vasé contient des globules de pus ou des cellules granulées ; la substance nerveuse est ramollie par places ou uniformément. On le voit ce n'est plus ici de la congestion, mais un état phlegmasique consécutif à l'afflux sanguin.

On comprend que le cerveau ne peut contenir une plus grande quantité de sang que de coutume, ni ses membranes être infiltrées de sérosité, sans éprouver une compression qui se traduit souvent par un aplatissement notable des circonvolutions et qui apparait aussitôt après qu'on a incisé la dure-mère."

J'emprunte au même auteur la description des lésions anatomiques dans l'hémorrhagie cérébrale.

" La présence d'une quantité plus ou moins considérable de sang dans la substance du cerveau est le caractère anatomique de l'hémorrhagie cérébrale.....

Lorsqu'on ouvre le crâne d'un individu qui a succombé à une hémorrhagie cérébrale, on ne trouve, en général rien de remarquable à la superficie du cerveau ; cependant si l'épanchement

est considérable et voisin de la surface, les circonvolutions seront aplaties, et souvent en pressant le cerveau, on pourra percevoir plus ou moins distinctement le phénomène de la fluctuation. Lorsque après la section des couches saines du cerveau, qui, souvent, sont plus ou moins hypérémiées, on est parvenu à mettre à découvert le foyer sanguin, on constate des désordres qui varient suivant le temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis le début des premiers accidents jusqu'au moment de la mort. Si celle-ci arrive dans les trois ou quatre premiers jours de la maladie, on trouve le sang épanché sous la forme d'un caillot noirâtre, mou, presque diffluent et mêlée à des fragments de tissu cérébral ramolli. Son poids varie : il est rarement moindre de quatre grammes ; il s'élève le plus souvent à 16, 32 et 64 grammes ; les cas ou il en existe de 187 à 218 ne sont pas très rares ; on a même vu le foyer, occupant un hémisphère entier, contenir plus de 250 grammes de sang. Entre le sixième et le huitième jour, le caillot diminue de volume : il est plus résistant, d'un noir moins foncé ; la sérosité qu'il contient est résorbée, ou bien elle s'est infiltrée dans le tissu cérébral. Vers le quinzième jour, le caillot a déjà une texture fibrineuse, et au bout d'un mois, il est revenu sur lui-même ; il est dense rougeâtré, jaunâtre, d'un jaune d'ocre ; parfois, au contraire, il est presque décoloré.

Il peut alors faire corps avec la substance cérébrale, de manière à simuler grossièrement un produit hétérologue cancéreux ou tuberculeux ; ou bien, au lieu d'être aussi intimement uni avec les parois du foyer, il en est isolé par une sérosité citrine ou rougeâtre qui, en le ramollissant, doit favoriser sa résorption. Enfin, au bout d'un temps indéterminé et qui varie suivant les individus, le caillot peut disparaître tout-à-fait. La rapidité avec laquelle la résorption s'opère est d'autant plus grande que la personne est plus jeune et que l'épanchement a été moins considérable. Il est probable que cette résorption s'opère exclusivement par les veines, attendu que le cerveau ne paraît contenir qu'un très-petit nombre de vaisseaux lymphatiques.

Des changements non moins considérables ont lieu dans le foyer apoplectique. Lorsque celui-ci est récent, ses parois sont déchirées, inégales et imprégnées de sang ; en les examinant sous l'eau, on voit flotter des lambeaux de substance cérébrale à peine adhérents. Ces parois offrent, en outre, un aspect tomenteux formé en grande partie par l'extrémité des vaisseaux déchirés : tel est l'état de toute caverne récente."

Dans l'hydrocéphalie aigue (*apoplexie séreuse*), les lésions anatomiques consistent uniquement dans l'accumulation de la

sérosité, soit dans la grande cavité de l'arachnoïde, soit beaucoup plus souvent dans les ventricules, soit dans ces deux endroits à la fois, ainsi que dans la dilatation qui en résulte. On a trouvé aussi le cerveau infiltré d'une plus ou moins grande quantité de liquide séreux, et Guersant et M. Blache ont fait de ces cas une variété de l'hydrocéphale, sous le nom d'*hydrocéphale par infiltration* (Valleix).

Je prends dans Valleix la description des lésions anatomiques dans le ramollissement aigu du cerveau. "La *couleur* du tissu ramolli a de l'importance; elle varie suivant les époques de la maladie. A une époque rapprochée du début, elle est d'un rouge plus ou moins foncé, brune, lie de vin, etc.; en un mot, elle présente les diverses nuances que peut lui donner une quantité surabondante de sang, comme tous les tissus enflammés. Plus tard cette coloration devient d'un jaune plus ou moins vif, verdâtre, grisâtre, et elle dépend alors de l'infiltration purulente.

La consistance varie beaucoup, non seulement suivant l'ancienneté du mal, mais encore suivant les cas. A une époque très-rapprochée du début, le tissu paraît plus dur qu'à l'état normal; de là l'*induration rouge* dont les auteurs ont parlé, et qu'on observe dans tous les tissus enflammés. Plus tard ce tissu offre moins de résistance que dans les parties environnantes; un filet d'eau versé sur le point ramolli opère une désagrégation des molécules et entraîne la substance cérébrale sous forme de grumeaux, laissant ce point du cerveau comme déchiqueté; plus tard encore les grumeaux de la substance cérébrale sont détachés et baignés d'un liquide blanc, grisâtre, jaunâtre, évidemment purulent. Quelquefois on ne trouve qu'une pulpe très-molle, ce qui a été désigné par M. Durand-Fardel sous le nom de *ramollissement pulpeux*; enfin la maladie ayant encore fait des progrès, on voit la substance s'écouler en partie d'elle-même, laissant une cavité dont les parois sont irrégulières et ramollies à une plus ou moins grande profondeur."

Je ne pense pas, Messieurs, que personne d'entre vous refuse de reconnaître l'exactitude des différents tableaux que je viens de vous exposer de l'anatomie pathologique des maladies du cerveau comprises sous le nom d'apoplexie; et je suis convaincu que chacun de vous admet que les lésions anatomiques de chacune de ces maladies sont entièrement différentes. Si je me suis permis de faire des citations aussi longues sur ce sujet, c'est que, comme je l'ai déjà dit, je désirais appeler sérieusement votre attention sur ces lésions, avant de parler du traitement sur lequel tout le monde ne s'accorde pas aussi bien que sur la nature et les lésions anatomiques de ces affections.

Pour l'hypérémie cérébrale, il n'y a pas de division ; tous les auteurs s'accordent à recommander le traitement antiphlogistique. La saignée sous toutes ses formes est conseillée ainsi que les dérivatifs de toute espèce. Devant cette opinion unanime basée sur les faits pathologiques et physiologiques les plus évidents, il n'y a qu'à s'incliner et à se soumettre. Mais il n'en est plus de même quand il s'agit des autres affections, et surtout quant à ce qui regarde le traitement de l'hémorrhagie cérébrale. Depuis que l'anatomie pathologique a fait connaître les effets de cette maladie sur le cerveau, un certain nombre de médecins ont rejeté l'ancien traitement antiphlogistique pour adopter le traitement tonique et même stimulant. Ces médecins sont encore peu nombreux ; mais ils comptent parmi eux des noms d'une grande autorité. Le plus marquant d'entre eux est Trousseau, le prince des cliniciens. Malgré les attaques plus ou moins vives des partisans de l'ancien traitement, ils font tous les jours un grand nombre de recrues. Pour vous donner une idée de la vivacité de ces attaques, je me permettrai de vous citer la phrase suivante de Grisolle, qui, après avoir recommandé les émissions sanguines dans l'hémorrhagie cérébrale, ajoute : " Ce sont des idées fort rationnelles. en rapport avec les données physiologiques et sanctionnées par l'expérience des siècles, mais elles n'ont pu trouver grâce devant quelques esprits mobiles, toujours enclins au paradoxe, et qui n'ont pas craint de signaler la saignée comme étant une arme toujours nuisible dans le traitement de l'apoplexie."

Devant cette divergence d'opinion entre les deux grands maîtres que je viens de nommer, je comprends qu'il est difficile de se prononcer ; mais comme il n'y a pas de moyen terme et qu'il faut choisir l'une ou l'autre de ces théories, je suis porté à me ranger du côté de Trousseau, quand je considère la nature et les lésions anatomiques de l'hémorrhagie cérébrale. En effet, puisque cette maladie consiste dans l'extravasation du sang dans la substance du cerveau, il est difficile de comprendre comment la saignée puisse la guérir. Quand le médecin est appelé pour un cas de ce genre, le mal est déjà fait, et tout ce qu'il peut faire, c'est d'aider la nature et de ne pas nuire par une intervention intempestive à son action réparatrice. La seule chance qui reste au malade est que le caillot soit résorbé ou qu'il s'atrophie et demeure enkysté dans la substance médullaire. Pour résister aux troubles causés par le sang extravasé, le cerveau a besoin de toute sa vitalité ; et si vous la diminuez par les émissions sanguines, le malade courra certainement un plus grand risque. En enlevant au cerveau une partie

de son principe nutritif, vous l'exposez au ramollissement qui est la conséquence ordinaire du manque de nutrition de cet organe. Ce qui arrive dans l'embolie des artères du cerveau en est un exemple frappant.

Dans l'hémorrhagie cérébrale, il ne faut pas perdre de vue que c'est le caillot qui est toute la maladie; c'est lui qui est la cause de toute la douleur, de la perte de lasensibilité et de l'intelligence quand elle existe, de la paralysie et de tous les symptômes enfin qui accompagnent cette affection. La guérison ne peut avoir lieu que par sa disparition plus ou moins complète. La prétention que les émissions sanguines favorisent son absorption n'est rien moins que fondée, et je ne vois aucune donnée de la physiologie qui puisse venir à son appui. L'on dit, il est vrai, que la saignée affame les vaisseaux absorbants; mais je ferai remarquer, qu'à part les veines, ces vaisseaux sont excessivement rares dans le cerveau. De plus, je demanderai si cela est bien prouvé, et si on ne peut pa ranger cette supposition avec l'ancienne explication que l'on donnait pour expliquer la capillarité, à savoir que la nature avait horreur du vide. Si la saignée favorise l'absorbtion du sang extravasé dans les tissus, pourquoi ne l'emploie-t-on pas dans les cas où ce liquide est répandu dans d'autres tissus que le cerveau? Comme le fait remarquer avec raison, Trousseau, quand un médecin est appelé pour des maladies où il y a des épanchements sanguins dans les tissus, il ne lui vient jamais à l'idée de recourir aux émissions sanguines. Pourquoi alors le ferait-on pour le cerveau, si cela ne convient pas ailleurs?

Les partisans de la saignée prétendent aussi qu'elle a pour effet de prévenir l'inflammation et la suppuration de la substance médullaire déchirée environnant le caillot qui entrainent presque toujours fatalement la mort. A cela je répondrai encore est-il bien prouvé que la saignée empêche la suppuration? Ne la favorise-t-elle pas plutôt en relâchant les tissus? Ne peut-elle pas nuire au travail de cicatrisation qui se fait dans la partie du cerveau lacérée? Quand un chirurgien désire qu'une plaie guérisse par première intention a-t-il recours aux antiphlogistiques et débilite-t-il son malade? N'est-il pas plus probable que ces moyens auraient pour effet d'amener la suppuration que l'on veut prévenir par la saignée dans l'hémorrhagie cérébrale?

Les partisans des émissions sanguines ont l'air de croire que l'hémorrhagie cérébrale est toujours dûe à une congestion ou à un raptus sanguin; mais il n'en est pas ainsi dans la majorité des cas. Les examens cadavériques ont prouvé que le plus souvent, l'hémorrhagie avait été causée par des maladies des ar-

tères. La plus commune de ces maladies est sans contredit l'ossification et l'état athéromateux. Le fait que l'apoplexie sanguine se rencontre le plus souvent chez des personnes avancées en âge est une confirmation de l'exactitude des données pathologiques; car d'après Bichât sur dix personnes dépassant l'âge de 60 ans, il y en a sept dont les artères sont ossifiées ou athéromateuses. Baillie, en Angleterre, est venu à la même conclusion. Dans les cas ou l'hémorrhagie cérébrale est due à des maladies dés artères, la saignée ne peut certainementfaire que du mal en débilitant la constitutionqui a besoin de toutes ses forces pour résister au processus morbide existant dans les vaisseaux artériels. Watson, tout en se prononçant pour les émissions sanguines, rapporte cependant deux cas ou la saignée a été immédiatement suivie de conséquences fatales, et a paru déterminer une mort subite; et il ajoute qu'il pourrait en citer plusieurs autres. Trousseau rapporte aussi un fait du même genre. D'un autre côté, ce dernier auteur cite plusieurs cas de guérison d'hémorrhagie cérébrale guéris par le traitement tonique et même stimulant. Monneret, Gavarret en citent également. En présence de ces faits, et pour les raisons que je viens d'énumérer, il me semble que l'on peut être justifiable d'abandonner l'usage de la saignée dans la plupart des hémorrhagies cérébrales, et de croire qu'elle ne peut être utile que dans certains cas exceptionnels ou des symptômes de congestion sont bien évidents.

Dans l'hydrocéphalie aigue, presque tous les auteurs conseillent les émissions sanguines; mais il me semble difficile d'expliquer d'une manière rationnelle ce mode de traitement quand on pense à la nature de cette affection et aux lésions anatomiques qui la caractérisent. En effet, cette maladie n'est rien autre chose que l'hydropisie du cerveau; or l'utilité de la saignée dans les hydropisies est loin d'être démontrée, jamais elle n'est prescrite dans l'ascite; on peut en dire autant des épanchements pleurétiques, et je ne vois pas comment elle pourrait être plus avantageuse dans l'hydrocéphalie.

Dans le ramollissement aigu du cerveau on conseille aussi la saignée, mais avec plus de réserve que dans les autres genres d'apoplexie. Pour moi, il me semble qu'elle doit être absolument proscrite. Le cerveau étant devenu ramolli, il est évident qu'il se fait dans sa substance un travail de désorganisation qui ne peut être qu'activée par les émissions sanguines qui enlèvent au cerveau son principe nutritif, et diminuent les forces réparatrices de la nature.

Telles sont, messieurs, les considérations que je désirais vous soumettre aujourd'hui; je les laisse entièrement à votre con-

—Mais pourtant si la nature vous a donné la force d'être mère, elle a dû également vous donner la force de nourrir votre enfant; et puis, dites-moi, ne sentez-vous pas toute la douceur de ce nom de mère?

—Mais si!

—Voudriez-vous qu'une autre femme, si c'était possible, fût la mère de votre enfant?

—Pas le moins du monde!

—Eh bien, alors, pourquoi, de votre plein gré, transférez-vous à une autre femme une part, et la meilleure, de votre titre de mère?

—Grand Dieu! partager mon enfant! je suis sa mère, sa seule mère.

—Pas du tout! la nature tout entière vous dément! De tous les animaux, en est-il un qui ne nourrisse ses petits? Les oiseaux de nuit, les vipères, élèvent soigneusement leur progéniture; et l'on ne voit que chez nous les mères abandonner leurs enfants. Voilà un pauvre petit être tout endolori, qui n'a, pour ainsi dire, d'autre souffle que le souffle de celle qui l'a mis au jour; il appelle sa mère, il l'appelle de cette voix qui remue dans leurs entrailles même les bêtes féroces; et c'est vous, vous sa mère, qui le livrez à une femme dont vous ne connaissez ni la santé, ni le caractère, ni les mœurs, à une femme pour qui la moindre somme d'argent aura plus de prix que votre enfant!...

—Vous vous trompez; cette femme a été choisie avec soin; elle jouit d'une excellente santé.

—Soit, je l'admets; je vous demanderai néanmoins si vous croyez indifférent que votre enfant suce le lait d'une mère, un lait qui lui est, en quelque sorte familier, ou qu'il reçoive sa nourriture d'une étrangère? La vigne transplantée change de nature; la jeune plante arrachée du sol où elle a pris racine se flétrit et semble vouloir mourir; c'est même pour cela qu'on la transporte entourée, autant que possible, de sa terre natale.

—Eh! quoi, ne dit-on pas qu'en transplantant les arbres et en les greffant, on obtient des fruits meilleurs?

—Sans doute, mais ce n'est pas immédiatement après leur naissance qu'on les traite ainsi. Il viendra un temps où vous devrez éloigner votre fils de la maison maternelle, pour achever son éducation; mais ce qu'il lui faut maintenant, c'est d'être réchauffé sous l'aile de sa mère.

DÉCES.

A St. Rémi, le 12 avril, Léon Lachapelle, M. D., âgé de 65 ans. Il était père de Sévérin Lachapelle, M. D., de la ville St. Henri.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'apoplexie.

Par A. Dagenais, M. D.

(*Lu devant la Société Médicale de Montréal.*)

Monsieur le Président,

Messieurs,

Pendant plusieurs siècles on a donné le nom d'apoplexie à toutes les maladies du cerveau se faisant remarquer par la perte subite de l'intelligence, du mouvement, de la sensibilité et par du coma. La proposition suivante de Boerhaave était acceptée sans opposition :

" Apoplexia dicitur adesse quando repente actio quinque sensuum externorum, tum internorum, omnes que motus voluntarii abolentur, superstite pulsu plerumque forti, et respiratione difficili, magna, stertente, una cum imagine profundi perpetuique sumni."

Et, dit Trousseau, si à cette description rapide que Boerhaave trace des phénomènes apoplectiques, vous ajoutez ce qui est compris dans la définition donnée par Paul d'Egine, que cette perte de sentiment et de la sensibilité de toutes les parties du corps est produite par une affection du *sensorium commune*, vous savez ce qu'il faut entendre par apoplexie. Pour les médecins d'alors, l'apoplexie était une maladie une et simple et qui requérait toujours le même traitement. Watson avait l'habitude dans ses lectures, de rapporter à ses élèves le fait suivant pour leur faire voir l'idée que ses devanciers avaient de l'apoplexie. Un médecin ayant été appelé en consultation par un confrère d'un lieu assez éloigné pour un cas d'apoplexie, songeait chemin faisant, à ce qu'il pouvait conseiller. La saignée, se disait-il, doit avoir été pratiquée ; les sangsues, les ventouses doivent avoir été appliquées ; quand j'arriverai, les purgatifs auront été employés, et je vais me trouver dans la

—Mais pourtant si la nature vous a donné la force d'être mère, elle a dû également vous donner la force de nourrir votre enfant; et puis, dites-moi, ne sentez-vous pas toute la douceur de ce nom de mère?

—Mais si!

—Voudriez-vous qu'une autre femme, si c'était possible, fût la mère de votre enfant?

—Pas le moins du monde!

—Eh bien, alors, pourquoi, de votre plein gré, transférez-vous à une autre femme une part, et la meilleure, de votre titre de mère?

—Grand Dieu! partager mon enfant! je suis sa mère, sa seule mère.

—Pas du tout! la nature tout entière vous dément! De tous les animaux, en est-il un qui ne nourrisse ses petits? Les oiseaux de nuit, les vipères, élèvent soigneusement leur progéniture; et l'on ne voit que chez nous les mères abandonner leurs enfants. Voilà un pauvre petit être tout endolori, qui n'a, pour ainsi dire, d'autre souffle que le souffle de celle qui l'a mis au jour; il appelle sa mère, il l'appelle de cette voix qui remue dans leurs entrailles même les bêtes féroces; et c'est vous, vous sa mère, qui le livrez à une femme dont vous ne connaissez ni la santé, ni le caractère, ni les mœurs, à une femme pour qui la moindre somme d'argent aura plus de prix que votre enfant!...

—Vous vous trompez; cette femme a été choisie avec soin; elle jouit d'une excellente santé.

—Soit, je l'admets; je vous demanderai néanmoins si vous croyez indifférent que votre enfant suce le lait d'une mère, un lait qui lui est, en quelque sorte familier, ou qu'il reçoive sa nourriture d'une étrangère? La vigne transplantée change de nature; la jeune plante arrachée du sol où elle a pris racine se flétrit et semble vouloir mourir; c'est même pour cela qu'on la transporte entourée, autant que possible, de sa terre natale.

—Eh! quoi, ne dit-on pas qu'en transplantant les arbres et en les greffant, on obtient des fruits meilleurs?

—Sans doute, mais ce n'est pas immédiatement après leur naissance qu'on les traite ainsi. Il viendra un temps où vous devrez éloigner votre fils de la maison maternelle, pour achever son éducation; mais ce qu'il lui faut maintenant, c'est d'être réchauffé sous l'aile de sa mère.

DÉCES.

A St. Rémi, le 12 avril, Léon Lachapelle, M. D., âgé de 65 ans. Il était père de Sévérin Lachapelle, M. D., de la ville St. Henri.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'apoplexie.

Par A. Dagenais, M. D.

(*Lu devant la Société Médicale de Montréal.*)

Monsieur le Président,

Messieurs,

Pendant plusieurs siècles on a donné le nom d'apoplexie à toutes les maladies du cerveau se faisant remarquer par la perte subite de l'intelligence, du mouvement, de la sensibilité et par du coma. La proposition suivante de Boerhaave était acceptée sans opposition :

" Apoplexia dicitur adesse quando repente actio quinque sensuum externorum, tum internorum, omnes que motus voluntarii abolentur, superstite pulsu plerumque forti, et respiratione difficili, magna, stertente, una cum imagine profundi perpetuique sumni."

Et, dit Trousseau, si à cette description rapide que Boerhaave trace des phénomènes apoplectiques, vous ajoutez ce qui est compris dans la définition donnée par Paul d'Egine, que cette perte de sentiment et de la sensibilité de toutes les parties du corps est produite par une affection du *sensorium commune*, vous savez ce qu'il faut entendre par apoplexie. Pour les médecins d'alors, l'apoplexie était une maladie une et simple et qui requérait toujours le même traitement. Watson avait l'habitude dans ses lectures, de rapporter à ses élèves le fait suivant pour leur faire voir l'idée que ses devanciers avaient de l'apoplexie. Un médecin ayant été appelé en consultation par un confrère d'un lieu assez éloigné pour un cas d'apoplexie, songeait chemin faisant, à ce qu'il pouvait conseiller. La saignée, se disait-il, doit avoir été pratiquée ; les sangsues, les ventouses doivent avoir été appliquées ; quand j'arriverai, les purgatifs auront été employés, et je vais me trouver dans la

—Mais pourtant si la nature vous a donné la force d'être mère, elle a dû également vous donner la force de nourrir votre enfant; et puis, dites-moi, ne sentez-vous pas toute la douceur de ce nom de mère?

—Mais si!

—Voudriez-vous qu'une autre femme, si c'était possible, fût la mère de votre enfant?

—Pas le moins du monde!

—Eh bien, alors, pourquoi, de votre plein gré, transférez-vous à une autre femme une part, et la meilleure, de votre titre de mère?

—Grand Dieu! partager mon enfant! je suis sa mère, sa seule mère.

—Pas du tout! la nature tout entière vous dément! De tous les animaux, en est-il un qui ne nourrisse ses petits? Les oiseaux de nuit, les vipères, élèvent soigneusement leur progéniture; et l'on ne voit que chez nous les mères abandonner leurs enfants. Voilà un pauvre petit être tout endolori, qui n'a, pour ainsi dire, d'autre souffle que le souffle de celle qui l'a mis au jour; il appelle sa mère, il l'appelle de cette voix qui remue dans leurs entrailles même les bêtes féroces; et c'est vous, vous sa mère, qui le livrez à une femme dont vous ne connaissez ni la santé, ni le caractère, ni les mœurs, à une femme pour qui la moindre somme d'argent aura plus de prix que votre enfant!...

—Vous vous trompez; cette femme a été choisie avec soin; elle jouit d'une excellente santé.

—Soit, je l'admets; je vous demanderai néanmoins si vous croyez indifférent que votre enfant suce le lait d'une mère, un lait qui lui est, en quelque sorte familier, ou qu'il reçoive sa nourriture d'une étrangère? La vigne transplantée change de nature; la jeune plante arrachée du sol où elle a pris racine se flétrit et semble vouloir mourir; c'est même pour cela qu'on la transporte entourée, autant que possible, de sa terre natale.

—Eh! quoi, ne dit-on pas qu'en transplantant les arbres et en les greffant, on obtient des fruits meilleurs?

—Sans doute, mais ce n'est pas immédiatement après leur naissance qu'on les traite ainsi. Il viendra un temps où vous devrez éloigner votre fils de la maison maternelle, pour achever son éducation; mais ce qu'il lui faut maintenant, c'est d'être réchauffé sous l'aile de sa mère.

DÉCES.

A St. Rémi, le 12 avril, Léon Lachapelle, M. D., âgé de 65 ans. Il était père de Sévérin Lachapelle, M. D., de la ville St. Henri.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'apoplexie.

Par A. Dagenais, M. D.

(*Lu devant la Société Médicale de Montréal.*)

Monsieur le Président,

Messieurs,

Pendant plusieurs siècles on a donné le nom d'apoplexie à toutes les maladies du cerveau se faisant remarquer par la perte subite de l'intelligence, du mouvement, de la sensibilité et par du coma. La proposition suivante de Boerhaave était acceptée sans opposition :

" Apoplexia dicitur adesse quando repente actio quinque sensuum externorum, tum internorum, omnes que motus voluntarii abolentur, superstite pulsu plerumque forti, et respiratione difficili, magna, stertente, una cum imagine profundi perpetuique sumni."

Et, dit Trousseau, si à cette description rapide que Boerhaave trace des phénomènes apoplectiques, vous ajoutez ce qui est compris dans la définition donnée par Paul d'Egine, que cette perte de sentiment et de la sensibilité de toutes les parties du corps est produite par une affection du *sensorium commune*, vous savez ce qu'il faut entendre par apoplexie. Pour les médecins d'alors, l'apoplexie était une maladie une et simple et qui requérait toujours le même traitement. Watson avait l'habitude dans ses lectures, de rapporter à ses élèves le fait suivant pour leur faire voir l'idée que ses devanciers avaient de l'apoplexie. Un médecin ayant été appelé en consultation par un confrère d'un lieu assez éloigné pour un cas d'apoplexie, songeait chemin faisant, à ce qu'il pouvait conseiller. La saignée, se disait-il, doit avoir été pratiquée ; les sangsues, les ventouses doivent avoir été appliquées ; quand j'arriverai, les purgatifs auront été employés, et je vais me trouver dans la

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Du traitement thérapeutique des tuberculeux; par le professeur PETER, médecin de la Pitié.—(*Suite*)—On doit donc considérer que cette toux des phthisiques comme une *toux gastrique* dont le point de départ primitif est dans l'estomac, et ne pas voir, comme quelques-uns, dans le rejet des aliments, le résultat purement mécanique d'un effort de toux ordinaire. Pour réfuter cette erreur, il suffit de citer des cas où une toux bien autrement quinteuse que celle des phthisiques ne produit pas de vomissements. Voyez l'asthmatique! Est-ce que ces quintes de toux ne sont pas les plus violentes, on pourrait dire les plus odieuses, qu'on puisse voir? et cependant jamais à leur suite on ne voit survenir de vomissements.

Au contraire, un phthisique mange; bientôt après, et sans douleur, il est pris d'un irrésistible besoin de tousser, mais en même temps qu'il tousse il rejette ses aliments; n'est-il pas rationnel dès lors de supposer que c'est à une irritation de la muqueuse stomacale qu'est due cette toux, analogue à la toux gastrique de certaines hystériques? Dans une autre maladie encore on vomit en toussant et par le fait de la toux, dans la coqueluche, où l'on pourrait invoquer la violence des quintes: en dehors de ces deux maladies, jamais la toux ne produit de vomissements; de sorte que, le cas échéant, on n'a plus qu'à faire le diagnostic entre elles deux.

Voilà donc une preuve pathologique que le vomissement n'est pas causé mécaniquement par la toux; voyons maintenant si nous n'en pourrons trouver une preuve thérapeutique en vertu de l'axiome: *Naturam morborum ostendunt curationes.* Si c'est l'état spécial d'irritabilité de la muqueuse gastrique qui amène le vomissement, on doit pouvoir, en modifiant cette sensibilité, faire cesser du même coup et la toux et le vomissement. Or, c'est précisément ce qui arrive.

Permettez-moi de vous rappeler le premier et le plus beau cas que vous ayez pu observer dans cet hôpital. Lorsque je pris le service, je trouvai, au No. 30 de la salle Saint-Charles, une jeune femme de 23 ans, qui depuis 3 ans, avait eu trois couches successives. A la suite de la première, elle avait commencé

à tousser et à s'affaiblir, et de ses enfants un seul survivait. Actuellement, et ici je cite textuellement l'observation recueillie par une élève du service : "Son état de faiblesse l'a fait entrer le 9 novembre à l'hôpital ; elle toussait alors beaucoup, crachait peu et jamais de sang. Depuis cette époque, la faiblesse et la maigreur ont été en augmentant ; elle a été prise de troubles fonctionnels du côté des voies digestives. Elle a des maux d'estomac, elle ne digère pas et *vomit* ses aliments."

Tel était l'état de cette femme, et voici quel devait être le raisonnement : il y a, chez certains tuberculeux, et par le fait de leurs tubercules pulmonaires, une sorte d'équilibre instable dans le fonctionnement des nerfs pneumogastriques : irrités au voisinage des tubercules, ils sont irritables dans tout leur ressort fonctionnel, aussi bien dans le département stomacal que dans le cardiaque. De sorte que l'ébranlement du pneumogastrique stomacal par le contact des aliments est le point de départ d'un trouble dans l'acte fonctionnel du pneumogastrique respiratoire ; d'où la toux par le repas, et, par la toux, le vomissement. Il importe donc, sans stupéfier le pneumogastrique stomacal, d'en diminuer l'irritabilité et de la ramener à son niveau physiologique. Pour atteindre ce niveau physiologique, il suffit d'employer, en petite quantité, un stupéfiant rapidement absorbant et de le donner immédiatement avant l'ingestion des aliments. C'est ainsi que la malade prit une goutte de laudanum dans une petite cuillerée d'eau avant chaque repas.

Et pourquoi pas, je suppose, une pilule de morphine ? Parce que d'abord, en employant un liquide, l'action est plus rapide ; parce qu'ensuite l'absorption ne nécessite pas un travail préalable de dissolution d'une pilule qui peut fatiguer cette muqueuse si impressionable. Vous voyez que la forme pharmaceutique sous laquelle est administrée le médicament n'est pas indifférente. D'ailleurs, tout autre médicament analogue produirait le même effet, et vous m'avez vu employer en pareille occurrence une solution de morphine de 1 milligramme pour 5 grammes d'eau.

Dès le premier jour de l'administration du laudanum, les vomissements furent définitivement suspendus et la douleur disparut avec eux. Mais, la gastralgie calmée, restait la dyspepsie, qui fut traitée par un moyen emprunté à Trousseau. Voulez-vous me permettre de raconter comment ce maître l'avait lui-même connu ? Trousseau se trouvait un jour à table à côté d'un monsieur qui avait beaucoup voyagé, beaucoup vu et beaucoup retenu. Il vit avec surprise celui-ci prendre après son repas une cuillerée d'eau dans laquelle il avait versé une

à deux gouttes d'un liquide tiré d'une petite fiole qu'il portait sur lui. Trousseau demanda aussitôt qu'elle était la nature de ce liquide et le but auquel il était destiné. Alors ce monsieur raconta que, affreusement dyspeptique, il avait reçu d'un empirique américain le conseil de prendre, après chacun de ses répas, quelques gouttes d'esprit de sel dans un peu d'eau, et qu'il digérait parfaitement depuis qu'il avait adopté cette pratique. Trousseau se le tint pour dit et se promit d'essayer ce moyen aussitôt qu'il rencontrerait une dyspepsie caractérisée par cette forme particulière à laquelle on donne le nom de "pesanteur de l'estomac."

La femme dont je vous parle prit donc trois gouttes d'acide chlorhydrique dans trois cuillerées d'eau à la fin de chaque repas, et dès lors les fonctions digestives s'accomplirent assez régulièrement pour que, le 16 décembre, notre malade nous quittât ayant repris en partie ses forces, ses couleurs et son embonpoint. Il fallait l'ausculter pour savoir qu'elle était tuberculeuse. Vous avez appris tout à l'heure une partie de son histoire; voici maintenant ce qu'on entendait à l'auscultation, d'après l'observation que j'ai déjà citée : "La percussion donne de la submatité à la partie moyenne du poumon droit; l'élasticité est légèrement diminuée. A l'auscultation, respiration assez rude au-dessous de la clavicule droite. Au sommet et en arrière, il y a des craquements." Ces signes n'étaient pas douteux.

On se tromperait si l'on croyait que ç'ait été une amélioration transitoire et de courte durée. Un élève du service est passé la voir il y a quelques jours; elle-même est venue rendre récemment visite à la religieuse : elle est toujours relativement aussi bien portante; tuberculeuse, elle n'est pas encore phthisique.

C'est là, messieurs, un fait extrêmement consolant de voir qu'on peut enrayer l'évolution de la phthisie, en mettant un terme aux vomissements et à la dyspepsie.

Maintenant voici un cas dont vous avez pu être, plus récemment encore, les témoins au No. 21 de la salle Saint-Paul. Il s'agissait d'un homme de quarante-sept ans, qui toussait depuis six mois environ et avait eu déjà une hémoptysie, lorsqu'il entra ici le 20 juillet. Un séjour d'un mois à Saint-Louis n'avait pas beaucoup amélioré son état, et il était très-affaibli et très-amaigri quand il nous arriva. Depuis quinze jours environ, il vomissait tous ses aliments. Je passe rapidement sur les autres symptômes (diarrhées, sueurs nocturnes) et sur les signes physiques (matité aux deux sommets avec craquements secs et râles sous-crépitants).

Le 21 juillet, on institua un traitement général, et (je cite la feuille d'observation) "contre les vomissements on lui administra deux gouttes de laudanum dans une cuillerée d'eau avant les repas.

"Le lendemain, le malade ne vomissait plus. On continua le laudanum, et depuis qu'on le lui administre les vomissements ont été tout à fait supprimés."

Il est évident qu'avec deux gouttes de laudanum vous ne sauriez stupéfier tout le système nerveux, mais qu'il y a simplement une action topique et de contact sur les expansions terminales du pneumogastrique dans la muqueuse de l'estomac, dont vous avez ainsi diminué la sensibilité exagérée et décidément morbide.

J'insiste sur cette théorie et sur ce point de fait, parce que je ne voudrais pas vous voir donner des doses trop fortes, qui n'aboutiraient qu'à supprimer l'appétit en narcotisant la muqueuse au lieu d'en émousser simplement la sensibilité. (Et permettez-moi de vous rappeler, alors précisément que je vous parle de cette sensibilité exagérée, la réussite obtenue par le même moyen sur trois cancéreux de l'estomac de notre service, dont les vomissements se sont ainsi arrêtés.)

Cependant il est des cas où échouent les préparations opiacées prises comme il vient d'être dit; c'est surtout alors qu'il existe de la douleur au creux de l'estomac, alors que le trouble du pneumogastrique stomacal s'est élevé jusqu'à la gastralgie; dans ces cas, un petit vésicatoire volant de 5 centimètres carrés, appliqué à l'épigastre, ou concurremment avec de petites doses d'opiacés à l'intérieur, fait justice du vomissement.

D'autre fois, en ces cas de gastralgie symptomatique, c'est à l'injection hypodermique de morphine qu'il faut recourir—et le plus souvent c'est avec succès.

Enfin—il est bon de dire—vous trouverez des cas absolument rebelles à tous ces moyens; mais c'est le petit nombre. Et, le plus habituellement, la persistance et l'alternance dans l'emploi des moyens précédents finissent par triompher du symptôme.

En définitive, dans le vomissement par la toux, il faut comprendre qu'il y a réaction du pneumogastrique de l'estomac sur les nerfs expirateurs, d'où la toux; puis réaction de la toux sur l'estomac, d'où le vomisssement.

D'autres troubles gastriques peuvent accompagner la phthisie pulmonaire. Ainsi, le 26 janvier, nous avions au No. 47 de la salle Saint-Paul un jeune homme de vingt six ans, et aussi tuberculeux que possible, il était entré ici avec une sorte de gas-

trorrhée douloureuse. Chaque matin, il rendait un liquide filant et transparent, mélangé de bile; en outre, il avait des digestions difficiles, pénibles et un peu d'anorexie.

Le 15 février, les troubles digestifs ne faisant qu'augmenter malgré le traitement général, je prescrivis avant chaque repas un paquet de la poudre suivante :

Opium brut.....	10 centigrammes.	gr ij
Sous-nitrate de bismuth.....	10 grammes.	ʒ ij ss

En cinq paquets;

et après le repas, deux gouttes d'acide chlorhydrique dans un peu d'eau. Dès ce jour, le malade cessa de vomir et digéra plus facilement.

Le 7 mars, il y eut de la constipation, et le chef de clinique supprima la poudre de bismuth et d'opium. Les fonctions digestives continuèrent néanmoins à s'accomplir régulièrement, et, vers le 22 avril, le malade, amélioré, partit pour Vincennes sur sa demande.

En pareil cas, indépendamment de l'hyperesthésie, il y a de l'hypercrinie de la membrane muqueuse de l'estomac, et les malades se trouvent bien d'une substance qui, comme le bismuth, a l'avantage de modifier la sécrétion exagérée des muqueuses. L'addition d'un peu de poudre d'opium brut est nécessaire parce que l'hyperesthésie est cause et partie dans le mal, de sorte que, si on la laissait persister, le soulagement ne serait que momentané.

Nous avons également en ce moment dans notre salle des femmes une malade chez laquelle nous avons traité par le même moyen une gastrorrhée douloureuse, mais en réduisant les doses à 1 gramme de bismuth et 1 centigramme d'opium. La réussite a été complète, vous voyez combien faibles peuvent être les doses; seulement il importe de les donner immédiatement avant les repas.

Ces petites doses ont leur importance, aussi bien au point de vue pécuniaire qu'au point de vue thérapeutique, le bismuth étant aujourd'hui assez coûteux.

A quelques lits plus loin, au No. 19, se trouve une autre jeune femme, dont je vous ai déjà parlé au sujet de douleurs névralgiques de deux ordres différents qu'elle éprouvait. Elle se plaignait surtout, lors de son entrée (en tant que troubles digestifs), de manquer d'appétit et de digérer difficilement. Immédiatement j'ordonnai deux gouttes de teinture amère de Baumé avant chaque repas et deux gouttes d'acide chlorhydrique après. Dès le 4 juillet, la malade avait un meilleur

appétit et une digestion plus facile, aujourd'hui elle se porte si bien, qu'elle demande à aller à Vésinet. Or, chose remarquable ! à mesure que les digestions se font mieux et que l'organisme se répare, la névralgie intercostale (qui était de celles que Beau a si bien signalées dans la dyspepsie) va chaque jour diminuant, l'effet disparaissant ainsi avec la cause.

Vous voyez, messieurs, qu'il peut être bon de combattre l'anorexie comme la dyspepsie, mais là encore la substance employée n'est pas indifférente. Il est évident, par exemple, que certains phthisiques, qui ont ce qu'on appelle la *dyspepsie des liquides*, ne pourraient supporter la macération de quassia amara et auraient plutôt envie de vomir que de manger. Au contraire, avec la teinture amère de Baumé, qui a l'avantage de se donner sous un petit volume, vous faites coup double en agissant : d'une part avec le principe amer sur la sensibilité de la membrane muqueuse qui, sollicitée de la sorte, laisse pleuvoir du suc gastrique ; d'autre part, avec la strychnine sur la tunique musculeuse de l'estomac, dont l'atonie se trouve ainsi modifiée.

Maintenant, messieurs, je voudrais vous parler d'une autre substance qui réussit souvent contre les vomissements là où les opiacés ont échoué ; je veux parler de l'alcool. Au No. 41 de la salle Saint-Paul, se trouvait un phthisique dont je ne pouvais venir à bout d'enrayer les vomissements. Le laudanum, la morphine à l'intérieur, les vésicatoires au creux épigastrique, les injections sous-cutanées de morphine, tout avait échoué. C'est alors que je déterminai à lui donner de l'alcool, à raison de 60 grammes pour 100 en potion ; et cette dernière médication fut couronnée d'un succès complet. Ici je me suis inspiré d'un médecin très-distingué, le docteur Tripier, qui a présenté à l'Académie de médecine trois observations desquelles il résulte que l'injection de l'alcool peut enrayer les vomissements chez certains phthisiques.

A vous d'y recourir dans des cas analogues.

Comme exemple d'*anorexie* combattue avec succès par l'usage de l'acide chlorhydrique et de la craie préparée, je vous citerai le fait d'une femme de quarante-deux ans, tuberculeuse, qui avait été traitée d'abord par l'opium, destiné à calmer ses douleurs d'estomac, puis par la glace, ce qui ne l'empêchait pas d'éprouver de la pesanteur après les repas. C'est alors qu'on lui donna, avant chaque repas, 50 centigrammes de craie préparée ; puis à la fin de ces mêmes repas, 4 à 6 gouttes d'acide chlorhydrique dans 4 à 6 cuillerées d'eau sucrée. Au bout de huit jours de ce traitement, la malade digérait facilement et se trouvait soulagée au point de se croire guérie.

De même, chez une jeune femme de vingt-trois ans, entrée le 9 novembre, les maux d'estomac, l'anorexie et des vomissements continuels avaient amené un état de faiblesse extrême. Les vomissements cessèrent sous l'influence de 6 gouttes de laudanum prises au commencement et 4 gouttes d'acide chlorhydrique prises à la fin de chaque repas. Les troubles du côté de l'estomac disparurent en même temps que la diarrhée devenait plus rare.

Un homme de quarante-sept ans, menuisier, entré le 20 juillet à la salle Saint-Paul, se plaignait d'avoir perdu ses forces et de vomir tous ses aliment deux heures environ après son repas du soir. L'appétit cependant était conservé. Dès son arrivée, on lui fit prendre, avant chaque repas, 2 gouttes de laudanum dans une cuillerée d'eau, et déjà le lendemain le malade ne vomissait plus. On a continué le laudanum et les vomissements n'ont pas reparu.

Un jeune homme de vingt-six ans, ferblantier, nous est entré, le 26 janvier, avec les siéges classiques d'une tuberculose qui paraît avoir débuté il y a cinq ans. Depuis quelques jours surtout, l'appétit était perdu et les digestions étaient difficiles. Nous lui fîmes prendre, avant chaque repas, un paquet de poudre dans lequel il y avait 2 grammes de bismuth et 2 centigrammes de poudre d'opium brut; puis, après chaque repas, 2 gouttes d'acide chlorhydrique dans deux cuillerées d'eau froide. Dès ce jour, le malade cessa de vomir et digéra plus facilement. Le 22 avril, le malade, très amélioré, allait à Vincennes.

Chez une jeune fille de dix-neuf ans, entrée le 25 juin à la salle Saint-Charles et qui se plaignait de perte d'appétit, de renvois acides, de pyrosis, de ballonnement du ventre après avoir mangé, nous avons employé la teinture amère de Baumé à la dose de 2 gouttes, avant chaque repas; de plus, cette jeune fille prenait 3 gouttes d'acide chlorhydrique aussitôt après avoir mangé. Le 4 juillet, déjà l'appétit reprenait et les digestions devenaient plus faciles. Le 24 juillet enfin, la malade se trouvait si bien, qu'elle demandait à aller à Vésinet.

Un homme de trente-huit ans, ébéniste, entré le 19 mai à la salle Saint-Paul, toussait depuis huit mois, et, depuis trois mois, il vomissait en toussant les aliments qu'il venait d'ingérer. C'était surtout la viande que son estomac ne pouvait supporter. Le 20 mai, nous lui fîmes prendre, avant chaque repas, 1 milligramme de morphine en solution, puis, après chaque repas, 3 gouttes d'acide chlorhydrique. Le jour même, il pouvait manger de la viande sans la rejeter. Le 23 mai, il vomissait de nouveau; cette fois, je remplaçai la morphine par 3 gouttes

de laudanum, et, quoique le malade ait continué à beaucoup tousser, il a cessé de vomir.

Un ouvrier sellier, âgé de vingt ans, toussait et perdait ses forces depuis un an. Les hémoptysies, la fièvre et les sueurs nocturnes l'avaient contraint à renoncer à son travail; cependant l'appétit persistait et les digestions se faisaient assez bien. Mais, le 3 mai, il se plaignait d'une douleur d'estomac et il lui fut impossible de prendre plus de quelques bouchées. On lui donna 3 gouttes d'acide chlorhydrique après chaque repas, et les digestions devinrent plus faciles. C'était à cette médication que le malade devait, nous disait-il, de pouvoir aller en convalescence à Vincennes.

Chez une malade de vingt-deux ans, entrée le 12 février, le début de la tuberculose paraissait remonter à six mois seulement. Au moment de son entrée, cette femme se plaignait d'une perte d'appétit datant de quinze jours, de douleurs à la région épigastrique, d'un dégoût prononcé pour les aliments et d'un sentiment de pesanteur extrême, lorsque les aliments avaient été introduits dans l'estomac.

Pour rappeler son appétit, nous lui donnâmes, avant chaque repas, une tasse de macération de quassia amara, mêlée à du sirop d'écorces d'oranges amères, puis après chaque repas 3 gouttes d'acide chlorhydrique dans 30 grammes d'eau. Dès le 15 février, l'amélioration se faisait sentir, l'appétit renaissait. La malade devenait très-gaie et mangeait avec grand appétit. Le 28 février, cette femme nous quittait, par cette raison qu'elle trouvait la nourriture de l'hôpital insuffisante.

La *diarhée* (et je suis de l'avis de M. Fonssagrives) est bien moins fréquente qu'on l'a dit; mais elle l'est encore trop. Il en est de plusieurs espèces : diarrhée catarrhale, diarrhée par surcharge alimentaire et insuffisance digestive, diarrhée par ulcérations tuberculeuses, diarrhée colliquative.

La diarrhée catarrhale, qu'on observe parfois au début de l'affection, doit être traitée par le régime, d'abord, associé à l'emploi du sous-nitrate de bismuth, à la dose de 5 ou 10 grammes par jour, donné par paquet de 1 gramme à la fois, soit dans du pain azyme, soit simplement délayé dans l'eau. Je préfère ce mode d'administration aux émulsions sucrées, qui sont assez mal supportées par l'estomac. Quand la diarrhée est liée à l'usage de l'huile de foie de morue ou du laitage mal toléré, ou d'une alimentation systématiquement trop généreuse, le régime doit être, à plus forte raison, modifié : on doit d'abord supprimer l'huile, on peut alors avantageusement la remplacer par le koumys; le lait, si utile aux tuberculeux, pourra être toléré en l'additionnant d'une cuillérée à café d'eau de chaux par

tasse, ou encore en faisant précéder celle ci d'un paquet de sous-nitrate de bismuth de 1 gramme. Enfin, la diarrhée par surcharge gastrique (les matières alvines contenant parfois des aliments mal digérés et encore reconnaissables en partie), cette diarrhée cédera à l'emploi d'un vomitif (1 gramme à 1g50 de poudre d'ipécacuanha en trois doses à dix minutes d'intervalle), pour débarrasser l'estomac, suivi d'un léger laxatif le lendemain pour balayer les entrailles; et elle ne se reproduira plus, si l'on règle mieux l'alimentation.

Quand l'irritation de la membrane muqueuse est plus profonde, qu'il y a entérite ou gastro-entérite, la médication doit être plus complexe, contre la gastrite le régime alimentaire convenable: petites quantités de lait, un œuf à la coque sans pain, ou poché dans du bouillon, viande crue râpée par 20 grammes à la fois; un vésicatoire volant à l'épigastre; contre l'entérite, le bismuth, associé ou non à la poudre d'opium brut, à la dose de 1 centigramme par gramme; le diascordium, seul, à la dose de 2 à 4 grammes (par 1 gramme à la fois) ou concurremment à l'emploi du bismuth; ou encore la thériaque à la même dose et de la même façon, en électuaire ou sous forme de poudre. Les astringents ont beaucoup moins de pouvoir et ne sont guère bons qu'en lavement. Le laudanum de Sydenham est excellent, par 1 à 2 gouttes quatre à cinq fois par jour, et par la bouche; simultanément à son emploi par le rectum à la dose de 5 à 10 gouttes d'emblée, une à deux fois par jour.

En même temps je fais faire de la révulsion sur la peau de l'abdomen, soit en l'excitant matin et soir simplement par des frictions sèches à la flanelle ou simulantes à l'aide du baume de Fioraventi, d'alcoolat de mélisse ou d'eau de Cologne, suivies d'un léger massage de la région; soit en recourant à une médication bien plus énergique et très efficace, à laquelle on ne pense guère cependant et qui consiste dans l'application, sur la peau de l'abdomen, de vésicatoires volants de 6 centimètres sur 5 le long du trajet des côlons ou à l'entour de l'ombilic, au nombre successif de trois, quatre ou 5, appliqués chacun à quatre ou cinq jours d'intervalle et pendant une dizaine d'heures; j'en ai obtenu de ces résultats que les gens du monde appellent "merveilleux."

Cette dernière et énergique médication réussit même, au moins pour un temps, dans le cas de diarrhée persistante et profuse, liée aux ulcérations intestinales d'origine tuberculeuse. Il y a là, en effet, bien des éléments morbides en action: l'irritation par le processus tuberculeux, provoquant d'abord l'hypercrinie ou diarrhée catarrhale; puis l'inflammation et la diarrhée plus abondante; enfin l'ulcération et la diarrhée plus

abondante encore (qui se révèle, celle-là, par une horrible et caractéristique fétidité). Or, qui ne voit que, dans ces cas, la médication qui n'a aucune prise, comme quoi que ce soit, sur le tubercule, en a, et une puissante, sur l'irritation, l'inflammation, voire même l'ulcération périphymique ?

C'est dans ces cas encore que la médication est rationnelle, qui consiste à porter un caustique sur les ulcérations, origine du mal.

Vous en avez pu voir les effets sur notre malade du n° 54. Astringents, bismuth, opiacés, administrés par l'estomac ou par le rectum, tout avait été employé sans succès. Je pensai alors devoir administrer le nitrate d'argent en pilules. Le premier jour, je donnai une pilule de 1 centigramme qui resta sans résultat; le lendemain, deux pilules diminuèrent un peu l'intensité de la diarrhée, assez même pour que le malade s'en félicitât déjà. Au bout de trois jours, je prescrivis 3 centigrammes, et notre homme me dit que ses selles sont aujourd'hui réduites à deux ou trois par vingt-quatre heures et qu'elles ne sont plus liquides.

Graves, en Angleterre, donnait même, en pareil cas, de 15 à 25 centigrammes de nitrate d'argent; mais j'ai voulu précisément vous indiquer ce fait pour vous montrer que le but peut être atteint avec des doses beaucoup moindres. En effet, en allant jusqu'à 4 ou 5 centigrammes, nous avons tari au moins pour un temps, chez notre malade, cette source de déperdition des forces.

Malheureusement, il est des cas où vous échouerez, même avec le nitrate d'argent, même donné à plus forte dose : le mal est trop profond et trop étendu ; la muqueuse n'obéit plus.

La diarrhée *colliqualive* est spécialement de cet ordre ; ce n'est ni de l'irritation, ni de l'inflammation, ni de l'ulcération ; c'est un laisser-aller, un abandon, un collapsus des glandules de l'intestin, par lesquelles, inertes, s'échappe comme par la peau la sérosité du sang ; ce n'est pas de la sécrétion, c'est de la transsudation, moins encore, une sorte de filtration, où le dynamisme a aussi peu à voir que la thérapeuthique à faire. Il n'y a plus qu'à assister, passif et impuissant, à ce phénomène terminal. — (*A continuer.*) — *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*

—

La fièvre syphilitique.—M. Bucquoy, en ce moment, a dans ses salles deux malades atteints d'une affection qui n'a été mise en lumière que dans ces dernières années, par M.

Fournier. C'est la *fièvre syphilitique*. Jusqu'aux travaux de cet éminent syphiliographe, ces manifestations morbides étaient tenues pour de simples coïncidences. C'est au savant médecin de l'hôpital Saint-Louis que l'on doit de connaître le lieu qui les rattache à l'infection syphilitique.

M. Fournier a pu établir trois formes de fièvre syphilitique. Le premier type, le plus commun, rappelle la fièvre intermittente ordinaire. Dans le second type, la fièvre est continue, avec paroxysmes. Le troisième type, le plus rare, présente une forme vague, erratique, irrégulière. C'est assez dire que le diagnostic est loin d'être toujours facile.

La fièvre syphilitique se caractérise par les symptômes suivants.

Le début s'annonce par un frisson intense, par une céphalagie tenace, très-vive, symptôme qui ne manque jamais dans la fièvre syphilitique. Les malades accusent de la lassitude, de la réfrigération, de la courbature. La langue est blanche; l'appétit se perd. Dans certains cas, au contraire, il se produit une véritable boulimie, particularité singulière, eu égard à l'état fébrile. Parfois aussi, la langue est nette et humide. Il y a de la constipation. Chez certains malades, l'adynamie est telle, qu'on serait porté à croire à une fièvre typhoïde.

Le type de la fièvre est le plus ordinairement quotidien. Les accès reviennent le soir, et présentent les trois stades de frisson, de chaleur et de transpiration. On n'a jamais observé le type tierce. Caractère fondamental, *contre ces sortes d'accès fébriles, le sulfate de quinine se montre absolument impuissant.*

M. Fournier a très-bien décrit un type particulier auquel il a imposé la dénomination de *typhose syphilitique*. Chez ces malades, l'état fébrile se trouve associé à une asthénie générale. On remarque chez eux de l'hébétude et une profonde torpeur intellectuelle. Ces symptômes peuvent persister durant quelques semaines, donnant le change au praticien, qui peut parfaitement se considérer comme fondé à croire à une fièvre typhoïde.

La fièvre syphilitique est surtout l'attribut du sexe féminin. Elle atteint de préférence les femmes nerveuses, languissantes, au cours de longues convalescences. Sur 1120 malades traités à l'Ourcine par M. Fournier, cette affection a été observéee 351 fois. Cet accident atteint donc un tiers des malades. Particularité remarquable, il ne se produit que dans la période des accidents secondaires.

La fièvre syphilitique peut être considérée comme essentielle. C'est une manifestation spéciale de la diathèse syphilitique en activité.

La fièvre syphilitique se développe principalement lorsque l'affection présente la forme viscérale, c'est-à-dire dans les conditions les plus graves de la maladie.

La guérison est la règle. Les accidents se dissipent ordinairement après un laps de temps de cinq à dix jours. Lorsqu'ils persistent deux ou trois septenaires, ils revêtent les caractères de la fièvre typhoïde la mieux accusée.

Quel doit être le traitement de la fièvre syphilitique ?

Le caractère paroxystique des accès indique nettement l'emploi du sulphate de quinine. Or, dans ces conditions spéciales, on voit complétement échouer le précieux anti-périodique. Un seul médicament produit de bons effets : *c'est le mercure.*

Lorsque la langue est sale, quand l'estomac est mauvais, on pourrait craindre de prescrire ce spécifique à l'intérieur ? Ce serait à tort. Il ne faut même pas être retenu par la considération de l'état fébrile. En pareil cas, on pourrait encore avoir la ressource des onctions mercurielles, mais l'expérience a démontré à M. Fournier que le médicament est très-bien supporté quand même par l'estomac. Il lui a souvent associé avec avantage l'iodure de potassium. Une préparation qui convient beaucoup, en de telles conditions, c'est le sirop de Gibert qui, chacun le sait, est une association des deux agents anti-syphilitiques.

Pour compléter ce tableau, M. Bucquoy trace l'histoire des deux malades en cours de traitement, dans son service.

Premier fait.—Le premier sujet est un cas type de fièvre syphilitique simple, si bien décrite par M. Fournier.

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 18 ans. Elle est entrée à l'hôpital Cochin le 16 février, présentant les symptômes suivants :

Fièvre intense, avec frisson ; céphalalgie ; perte complète d'appétit ; insomnie ; prostration des forces. D'après un tel début, on pouvait redouter la production d'une grave affection. Température du matin, 37°. Température du soir, 39°. Ces oscillations ont duré sept jours. Puis la défervescence est devenue complète.

En présence de tels symptômes, on pouvait soupçonner une fièvre typhoïde, ou une fièvre synoque. Mais un indice particulier a de suite éclairé M. Bucquoy sur la véritable nature de la maladie.

Il constata une *roséole* disséminée, décelant chez cette jeune fille une infection syphilitique non douteuse. Mis ainsi sur la voie, ce médecin s'est enquis des antécédants de la malade, et il a appris que, six semaines auparavant, elle avait été atteinte

d'un chancre sur la partie gauche de la vulve. Elle a eu, de plus, une adénopathie inguinale. Entrée en première fois à Saint-Louis, dans le service de M. Fournier, pour se faire traiter, elle a été soumise à l'usage du mercure. Considérée comme guérie, elle a quitté au bout de huit jours l'hôpital, pour y rentrer bientôt, en raison du développement d'accidents secondaires. Elle était sortie de Saint-Louis depuis deux jours, quand le développement d'accidents fébriles a motivé son entrée à Cochin, dans le service de M. Bucquoy.

Ce cas est très-net. Il s'agit bien là d'une fièvre syphilitique type. Mais il en est d'autres où le diagnostic est loin d'être aussi facile à préciser. Tel est le fait du second malade dont M, Bucquoy relate ainsi qu'il suit l'histoire :

Deuxième fait.—Au No. 7 de la salle Sainte-Marie, est couché un jeune homme âgé de 20 ans. Il était entré à l'hôpital du Midi le 6 février, pour se faire traiter d'un chancre induré siégeant au prépuce, avec adénopathie inguinale droite. Le 20 mars, il a quitté le Midi pour entrer à Cochin, présentant les symptômes suivants, comptant déjà quinze jours d'invasion.

Céphalalgie ; vertiges ; lassitude ; insomnie ; fièvre continue ; douleurs de ventre, siégeant surtout du côté de la fosse illiaque droite. Deux vomitifs n'ont produit aucune diarrhée, et n'ont modifié en rien cet état général. La langue est restée sale ; les dents sont fuligineuses.

Aujourd'hui encore persiste, du côté du tégument cutané, un exanthême qui a jeté du jour sur cet obscur diagnostic.

M. Bucquoy a longtemps cru à une fièvre typhoïde simple. Mais, en rapprochant, avec des caractères particuliers, il a cru devoir modifier sa manière de voir.

Il s'agit de taches papuleuses très-confluentes et d'une coloration intense Ces taches envahissent le tronc dans toute son étendue, les membres inférieurs et supérieurs. Le visage seul est respecté. Ainsi que les taches rosées lenticulaires, celles-ci ne disparaissent pas momentanément sous la pression du doigt.

D'autres caractères permettent encore d'écarter l'idée d'une fièvre typhoïde simple.

Il n'y a pas eu d'épistaxis. On n'entend pas le moindre râle sibilant dans les poumons. Il ne s'est produit ni diarrhée, ni météorisme. Malgré son état fébrile, ce malade est atteint de boulimie. Il mange quatre ou cinq portions par jour.

Pour M. Bucquoy, il ne s'agit pas d'une fièvre typhoïde idiopathique, mais d'un état morbide que M. Fournier a décrit sous le nom de *typhose syphilitique.*

Telle est l'histoire des deux malades de M. Bucquoy. Le

savant professeur s'est empressé de saisir l'occasion et de rapprocher ces faits pour attirer l'attention sur une affection qui, bien étudiée dans ces dernières années seulement, passe trop souvent méconnue. Il faut savoir que cette fièvre n'est pas due à une simple coïncidence, mais qu'elle n'est qu'une manifestation particulière de la période secondaire de la syphilis. Une notion pratique essentielle à connaître est la suivante : les accès fébriles, liés à la fièvre syphilitique, ne sont en rien modifiés par le sulfate de quinine. Ils sont justiciables du mercure qui, dans l'espèce, constitue une précieuse pierre de touche.—*Revue de Thérapeutique médica-chirurgicale.*

—

Déformations osseuses du crâne caractéristiques de la syphilis chez les nouveau-nés.—M. Parrot présente trois jeunes enfants de son service à l'appui de l'opinion qu'il émet sur la déformation caractéristique du crâne. A l'aide de ces déformations, on peut diagnostiquer la syphilis héréditaire des nouveau-nés. La syphilis héréditaire détermine chez ces enfants des lésions très-multiples : elle affecte presque constamment le système osseux, et c'est le crâne qui est le plus souvent le siége de ces lésions. Un ou deux mois après la naissance, on peut constater des ostéophytes qui ont leur siége d'élection autour du bregma ; ces ostéophytes s'accroissent peu à peu, finissant par déformer le crâne et lui donnant une force typique. Pour M. Parrot, c'est un caractère absolu, qui ne lui a jamais manqué et lui a permis de diagnostiquer une syphilis héréditaire quand il n'y avait rien sur la peau, ni sur les muqueuses. M. Parrot entre dans des détails sur la constitution histologique de ces ostéophytes qui prennent leur point de départ dans le diploé des pariétaux.—*Soc. méd. des hôpitaux.—Revue de Thér. médico-chirurgicale.*

—

Confection et indications du cataplasme de Trousseau.—M. le docteur Dieulafoy, qui a eu de fréquentes occasions de retirer de bons effets de ce cataplasme, en donne la description suivante :

On prend, suivant le volume de l'articulation malade, 1 kilogramme et demi ou 2 kilogrammes de pain ; 2 kilogrammes sont nécessaires pour l'articulation du genou ; 1 kilogramme est suffisant pour l'articulation du poignet. On coupe ce pain en morceaux, en ayant soin d'enlever les parties dures de la

croute, et on fait tremper ces morceaux dans l'eau durant un quart d'heure environ.

Quand on retire ce pain de l'eau, il est fortement imbibé ; on le place alors dans un linge ou dans une serviette, et par la torsion on l'exprime de façon à le priver d'une partie de l'eau qu'il avait absorbée. Le pain n'est plus imbibé, il n'est qu'humecté.

Ainsi préparé, ce pain est placé au bain-marie, où il doit rester trois heures. Quand on le retire du bain-marie, on a une sorte de pâte assez desséchée, qu'on ramollit peu à peu par l'addition d'alcool camphré. Ce gâteau est pétri pendant cinq minutes, jusqu'à ce qu'il ait acquis la consistance assez ferme du plum-pudding ou du mastic de vitrier. C'est même là le point délicat dans la confection du cataplasme; ce degré de consistance est essentiel à obtenir; si le cataplasme est trop mou, il fuse sous la compression exercée au niveau de l'articulation ; s'il est trop dur, il n'est plus homogène, il se morcelle, et ses parties desséchées peuvent excorier la peau. Il faut donc surveiller avec soin le degré de consistance du cataplasme; quand on n'en a pas l'habitude, on a toujours une tendance à le faire trop mou, soit qu'on n'ait pas suffisamment exprimé le pain avant de le placer au bain-marie, soit qu'on ait versé trop rapidement une trop grande quantité d'alcool camphré.

La pâte étant ainsi préparée, on l'étale sur une compresse de toile en lui donnant la forme d'un rectangle allongé, de dimension telle que l'articulation tout entière soit enveloppée. Il est utile que le cataplasme conserve sur ses bords une certaine épaisseur, 1 centimètre au moins, afin d'éviter la trop rapide dissiccation des parties amincies.

A la surface du cataplasme, on étend une mixture très-liquide composée comme suit :

Camphre	7 grammes
Extrait d'opium	5 —
Extrait de belladone	5 —
Alcool	q. s.

Le cataplasme est terminé; l'application est plus simple. On le met à nu sur l'articulation malade et on l'entoure de taffetas gommé destiné à s'opposer à l'évaporation. On fixe le tout, en exerçant une compression assez énergique au moyen d'une bande de flanelle longue de plusieurs mètres, et on termine enfin par une seconde bande de toile de même longueur que la précédente. La longueur de ces bandes varie suivant le volume de l'articulation, et par conséquent suivant les dimensions du cataplasme.

Ainsi emmaillottée, l'articulation malade est immobilisée et condamnée au repos ; la compression doit être assez forte, mais pas assez énergique toutefois pour déterminer l'œdème en ayant soin d'entourer d'une bande roulée ces parties sous-jacentes. Afin d'éviter le déplacement des tours de bande, on les fait coudre.

Ainsi appliqué, le cataplasme doit rester en place huit à dix jours. Après cette époque, on lève l'appareil, et on est surpris de trouver le cataplasme aussi frais, aussi humecté que si on venait de l'appliquer ; il a conservé sa bonne odeur camphrée, et il ne porte pas trace de moisissure. La peau, qui est restée si longtemps en contact avec le cataplasme, est absolument saine ; elle ne serait excoriée que dans le cas où le cataplasme, trop aminci sur ses bords, ne serait desséché ou aurait fusé sous une compression mal faite.

Tel est le cetaplasme de Trousseau. Au premier abord, le prix de cette médication peut paraître trop élevé pour les gens trop aisés, car les substances employées ne reviennent pas à moins de 6 francs (et 3 francs dans les hôpitaux) ; mais cet argument perd de sa valeur quand on veut bien réfléchir que ce cataplasme reste en place au moins huit jours ; or, quels sont les médicaments qui, employés pendant une semaine, n'atteindraient pas et même ne dépasseraient pas le même prix ?

Les indications de cette médication n'ont même pas besoin d'être discutées. Dans les arthrites chroniques ou subaiguës, quelles que soient leur cause et leur nature, quand les autres moyens, tels que vésicatoires et cautérisations, ont échoué, et même avant qu'ils aient été employés, le cataplasme de Trousseau peut rendre les plus grands services. (*Paris médical*, 2 janvier 1879.)—*Lyon médical.*

—

De la chorée vulgaire chez les vieillards.—Dans une leçon faite à la Salpêtrière, M. Charcot a entretenu ses auditeurs de cette maladie, qui existe chez les vieillards aussi bien que chez les enfants, et avec des caractères à peu près identiques. Mais la chorée des vieillards a été observée rarement : la plupart des auteurs n'en parlent pas. Parmi les faits disséminés dans la science, M. Charcot cite celui d'une femme de quatre-vingt-trois ans, consigné par M. Roger ; celui d'un malade de M. G. Sée, âgé de cinquante-neuf ans ; enfin une observation de Graves, concernant un homme de soixante-dix ans.

La chorée vulgaire n'est guère modifiée dans sa forme

lorsqu'elle est implantée chez le vieillard; tout ce qu'il est possible de relever, c'est la lenteur relative des mouvements, la variété peut-être moins grande des grimaces, la marche essentiellement chronique. Des deux malades actuellement présents à la Salpêtrière, l'un a soixante et onze ans; la chorée a debuté il y a une douzaine d'années, de même chez l'autre.

Le pronostic n'est pas grave, en général, en ce sens que la vie n'est pas comprise ; mais il l'est en ce sens que la maladie est incurable.

Chez les vieillards, il ne semble pas exister de relation entre la chorée et le rhumatisme ; mais elle paraît, chez le vieillard comme chez l'enfant, être une maladie émotionnelle. Il ne faut pas confondre la chorée sénile avec le tremblement sénile (*Progr. med.* et *Gaz. des Hôp.*).

—

Asthme et broncho-pneumonie.—Nous avons dans le service un jeune homme de 21 ans, asthmatique depuis 12 ans, qui nous a présenté des accès d'asthme typique semblables à ceux des vieillards. Et à ce propos, il est bon de savoir que l'asthme pur, vrai, est une affection de l'enfance et de l'adolescence, ainsi que notre malade asthmatique depuis l'âge de 11 ans nous en offre un exemple. Chez l'adulte au contraire, l'asthme est rarement isolé, il y a en général quelque chose de plus. Aussi, lorsqu'il se montre pour la première fois vers l'âge de 35 à 40 ans, faut-il bien se défier, et convient-il de ne se prononcer qu'après un examen approfondi de tous les organes, de la poitrine, du cœur et des reins. Ces derniers surtout sont fréquemment la raison cachée de toutes espèces de maladies dont on accuse à tort l'estomac, le foie, le cœur; les néphrites albumineuses sont l'origine de fréquentes erreurs particulièrement au sujet des dyspnées. Il est donc nécessaire d'avoir fait un examen complet et approfondi avant de pouvoir dire qu'un malade est asthmatique, et non cardiaque ou néphrétique.

Certains médecins, et entre autres Rostan, s'étaient même demandé si les vieillards pouvaient être asthmatiques. En effet, si un vieillard meurt âgé de plus de 60 ans avec des accès d'étouffements, avec les symptômes de l'asthme, c'est que ces derniers sont liés le plus souvent à une affection du cœur. Rostan, il est vrai, se trompait à cet égard, en croyant à une lésion de l'aorte.

Chez notre jeune malade, nous avons eu affaire à un asthme tout-à-fait net. mais qui vient de se compliquer d'une pneumo-

nie. Cherchons à étudier comment cette complication a pu se développer : Les asthmatiques sont sujets au *catarrhe bronchique* qui forme le fond de l'asthme. Au lieu d'admettre l'asthme nerveux comme cause primitive, on dit même qu'il y a catarrhe bronchique avec emphysème. Or ces deux symptômes sont les corollaires obligatoires de l'asthme nerveux qui n'est qu'une névrose du pneumo-gastrique. Longet, en effet, a démontré expérimentalement qu'en faisant la section du pneumo-gastrique, on déterminait la formation immédiate de l'emphysème pulmonaire. Il y a dans l'asthme, d'abord irritation du nerf vague, puis paralysie consécutive; l'asthme précède l'emphyssme et le catarrhe bronchique dont il est la cause. Une opinion inverse serait erronée, et aurait l'inconvénient d'engager à traiter le catarrhe bronchique et l'emphysème avant de s'adresser à la cause nerveuse primitive, et d'envoyer les malades aux eaux sulfureuses ou arsenicale. Les eaux arsenicales pourraient avoir leur utilité relative, mais les eaux sulfureuses n'auraient aucune action efficace, attendu qu'elles s'attaqueraient uniquement aux phénomènes ultimes, et ne conviendraient qu'en dernier lieu.

Cela étant dit, revenons à notre asthmatique et à sa pneumonie; de même que la plupart de celles qui se développent chez les asthmatiques, ce n'est pas une pneumonie franche lobaire, mais une pneumonie lobulaire, une broncho-pneumonie. Il n'est pas rare de voir la pneumonie récidiver assez fréquemment au bout de deux, trois ou dix ans, de même qu'on voit des asthmatiques qui, après un accès de un mois, restent parfois un an ou deux sans en avoir d'autre. Il est probable que les personnes sujettes à des pneumonies à répétition sont des asthmatiques, et que leur affection pulmonaire est greffée sur l'asthme. Parfois, ces pneumonies sont franches, légitimes, lobaires, s'annoncent par un frisson, un point de côté, donnent lieu à des crachats rouillés et visqueux, à des râles crépitants et à du souffle, durent sept à huit jours et présentent une défervescence des plus nettes. Mais à côté de ces cas, il en est d'autres plus fréquents où la pneumonie qui se déclare est une broncho-pneumonie, pneumonie lobulaire, ou, comme on disait auparavant, *peripneumonia nota*, semblable à celle des enfants après la rougeole, la coqueluche, les fièvres éruptives, etc.

Il y a une différence considérable entre ces deux formes, ce ne sont plus ni les mêmes malades ni les mêmes maladies. Dans la *pneumonie franche*, il se forme dans les petites bronches une véritable inflammation, avec sécrétion épaisse, qui envahit un lobe entier; d'où le qualificatif de *lobaire* qui lui a été donné; c'est le type de l'inflammation pulmonaire, elle cons-

titue une maladie nette et indépendante. Dans la *broncho-pneumonie*, il en est tout autrement, il n'y a pas de pneumonie véritable, et c'est ici que nous retrouvons l'influence du catarrhe bronchique de l'asthme.

Supposons, en effet, une bronchite qui s'étende aux plus fines ramifications des bronches; qu'arrive-t-il si le mucus devenu de plus en plus épais et abondant vient à oblitérer ces canaux? Une petite bronche étant obstruée, le lobule pulmonaire qui en dépend va s'affaisser et tomber au-dessous du niveau de ses voisins. Aussi, à la surface du poumon, on trouve une série de dépressions formant avec le tissu sain des lobules contigus une succession de vallées et de montagnes; il y a collapsus du poumon, atélectasie pulmonaire, ou *état fœtal* de Legendre.

En effet, les parties du poumon atteintes de pneumonie lobulaire ont la plus grande ressemblance avec celui qu'affecte cet organe chez le fœtus qui n'a pas encore respiré. Cet état que nous retrouvons dans la broncho-pneumonie est tantôt toute la maladie, tantôt simplement le commencement d'une autre phase. En même temps qu'il y a un certain nombre de lobules collabés, il peut réellement se faire aussi une stase avec phénomènes inflammatoires.

Notre malade, qui a de l'asthme catarrhal, a donc en outre un certain nombre de lobules pulmonaires qui donnent de la matité, un souffle très faible, peu de signes stéthoscopiques nets, sauf la diminution du murmure respiratoire. Ces phénomènes n'ont pas une marche cyclique régulière, ils reparaissent dans un endroit après avoir diminué dans un autre, aussi la maladie peut-elle se prolonger presque indéfiniment. Comment se fait-il que les personnes qui ont une broncho-pneumonie ne parviennent pas à s'en guérir, à chasser ce petit bouchon de mucosités qui obstruent les ramifications bronchiques? C'est qu'elles sont en général affaiblies, débilitées par la fièvre, et n'ont pas la force de débarrasser leurs bronches. Aussi le traitement de ces cas est-il très difficile; l'iodure de potassium, qui réussit si bien contre l'ashme, ne peut être continué à cause de la fièvre; l'opium a pour effet de coaguler encore davantage le mucus bronchique. Dans certains cas, un vomitif semblerait devoir être efficace, mais son administration peut présenter des dangers et provoquer la mort subite du malade. La digitale est indiquée dans le cas actuel et il convient de l'essayer, mais il ne faut pas se dissimuler que la thérapeutique se montre peu efficace, comme elle l'est en général contre la plupart des affections aiguës.. —*Le Praticien*.

Les stations hibernales et la cure à l'étable, dans le traitement de la phthisie pulmonaire.—M. CONSTANTIN PAUL est d'avis que toutes nos stations d'hiver ont chacune leurs indications propres dans le traitement de la phthisie. Il serait très-important de bien établir ces indications, de façon à ne pas faire fausse route lorsqu'on déplace un malade pour l'envoyer dans le Midi.

Autre considération : on se presse trop généralement, quand arrivent les beaux jours, de faire revenir chez eux les malades qui ont passé l'hiver daus le Midi. Ce passage brusque de la station hibernale dans un milieu moins clément est une source de troubles pour eux, de bronchites particulièrement. C'est pourquoi il vaudrait mieux leur conseiller un séjour dans une station intermédiaire, comme Pau, afin de leur éviter un brusque changement de climat.

M. Paul passe alors à d'autres remarques.

La plupart des médecins, dit-il, hésitent à prescrire la station hibernale quand un phthisique a de la fièvre. Cette réserve est bonne. Mais faut-il laisser le patient dans un milieu à température variable, en butte à mille causes novices qui pourront agir d'une façon funeste sur son économie ? Telle n'est pas l'opinion de M. Constantin Paul ; ces conditions fâcheuses ne trouvent pas le médecin désarmé : l'indication formelle, en pareil cas, c'est la *cure à l'étable.*

Rien de plus simple, de moins coûteux, de plus facile à pratiquer que la dite cure. On trouve partout des étables à vaches et l'on peut y placer facilement un lit pour le malade, qui séjournera dans cette chambre improvisée de huit heures du soir à dix heures du matin.

La température de l'étable est uniforme de 21 degrés l'hiver ; l'air y est humide et non excitant.

Le malade pratique en même temps la demi-diète lactée dans les meilleures conditions, puisqu'il peut boire le lait dès qu'il vient d'être trait.

Dans la journée, il sort peu, et s'il fait beau temps.

Sous l'influence du séjour à l'étable on voit la fièvre tomber ; l'appétit renaît, la nutrition se fait mieux, à ce point que M. Paul a constaté une augmentation de 17 kilogrammes pendant la saison d'hiver chez un de ses malades.

L'étable à mouton a une chaleur trop élevée ; les phthisiques y suffoquent et s'en trouvent mal.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Du tannin dans le traitement de la diphthérie.—M. le docteur Eug. Hubert, dans le *Journal des sciences médicales de Louvain*, dont il est le rédacteur en chef, recommande chaudement le tannin dans le traitement de la diphthérie.

Il conseille de faire des injections de tannin dissous dans la glycérine (1/12), injections qu'il convient de pousser, plusieurs fois par jour, dans les deux narines, à l'aide d'une petite seringue : chaque fois le liquide projeté au fond des fosses nasales, d'où il rejaillit dans toutes les directions, ramène avec lui des grumeaux et des membranes beaucoup plus larges que l'inspection de la gorge ne l'aurait fait soupçonner.

M. le docteur E. Hubert cite un grand nombre de guérisons dues à cette médication, dont l'idée première appartient à M. le docteur Cousot, de Diauant.—*Arch. méd. belges.—Revue de Thérapeutique médico chirurgicale.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES

—

Fissure à l'anus.—Traitement du Dr. Chapelle, d'Angoulème (*mixture au chloroforme*).—A plusieurs reprises, nous avons eu l'occasion de signaler les avantages de toutes sortes que présente ce mode de traitement, qui n'occasionne aux malades qu'une douleur momentanée très-tolérable, leur permet de continuer à vaquer à leurs occupations, et leur assure, enfin, une prompte et sûre guérison. Nous avons déjà donné la formule du docteur Chapelle. Ainsi que tant d'excellentes choses, ce traitement ne s'est pas vulgarisé. Aujourd'hui la dilatation est en vogue. On dilate quand même les fissures, qu'il serait si aisé de guérir sans faire souffrir les malades, on dilate les hémorrhoïdes: que ne dila-t-on pas ? Ce procédé peut être du goût des chirurgiens. Assurément il ne saurait l'être de celui des praticiens modestes, encore moins de celui des patients ! Il n'est donc pas sans utilité de rappeler un mode de faire susceptible de rendre de signalés services.

L'occasion de revenir sur ce mode thérapeutique nous est, en ce moment même, fournie par un fait récent, où son efficacité constante ne s'est pas démentie. Voici l'observation dont il s'agit. Nous la relaterons succinctement, sans la faire suivre d'aucun commentaire.

Madame B., secondipare, est accouchée heureusement à la fin de février dernier. Cinq à six jours après son accouchement, elle a eu une seule moulée très douloureuse. A dater de

ce moment, la défécation s'est accompagnée de vives souffrances et de pertes de sang assez notables. Le 13 mars dernier, cette jeune femme se décida à venir nous consulter. Nous constatâmes, à l'orifice anal, deux longues et profondes fissures. Le lendemain, nous mîmes en œuvre le traitement suivant :

Nous badigeonnâmes, avec un pinceau en blaireau, l'orifice anal avec la mixture suivante, que nous fîmes en sorte de porter soigneusement dans toute l'étendue des fissures :

R. Chloroforme ..... ℥ j
Alcool .... ℥ v

La douleur, assez vive, ne persista pas au-delà de quelques minutes.

La malade fut soumise à l'usage de la magnésie calcinée, à l'usage de rendre les selles demi-molles.

Cette opération fut répétée les neuf jours suivants. Ces opérations ont été de moins en moins douloureuses. Les derniers badigeonnages n'ont été effectués que par mesure de précaution. Depuis ce moment, la guérison ne s'est pas démentie.

Il nous a été donné une douzaine de fois de mettre ce mode de traitement en pratique. Nous avons eu à enregistrer autant de succès durables.—*Revue de Thér. médico-chirurgicale.*

—

Traitement chirurgical à l'anasarque.—On connaît l'insuffisance, on connaît surtout le danger des scarifications et mouchetures faites sur les membres affectés d'anasarque dans les maladies du cœur ou des reins. Bien rarement elles amènent un dégorgenent notable, et trop souvent elles sont suivies d'inflammation, ulcération, gangrène des téguments.

M. Wickens obvie à ces inconvénients par le procédé suivant. Après avoir bien huilé le membre, il y fait rapidement vingt ou trenle piqûres avec une aiguille à bec de lièvre, en ayant soin que la pointe de l'instrument pénètre jusqu'au tissu sous-cutané.

Cela fait, on place sur les piqûres des éponges qui, préalablement, ont été plongées dans une solution d'acide salycilique : à mesure qu'elles deviennent gorgées du liquide de l'hydropisie, on les exprime, on les passe de nouveau dans la solution d'acide salicylique, puis on les remet en place.

Ce changement doit se faire toutes les deux ou trois heures environ ; on absorbe ainsi plusieurs pintes de liquide pendant les premières vingt-quatre heures. Au bout de quatre ou cinq jours, les piqûres sont fermées.

Par l'emploi de l'acide salicylique, on prévient la décomposition du liquide, la fétidité des éponges, l'irritation de la peau et les conséquences fâcheuses qui en résultaient fréquemment. —*The Lancet et Lyon médical.—Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Rétention d'urine. Trente-cinq ponctions de la vessie; guérison.—Dans la *Revue médicale de Toulouse* le Dr Dazet rapporte un cas de traitement de la rétention d'urine par une ponction avec l'aspirateur. Cette opération, pratiquée depuis peu sans être constamment aussi inoffensive que dans le cas cité par notre confrère, rend de très-grands services. Dans les cas où une congestion périprostatique, une inflammation passagère créent un obstacle invincible, il arrive qu'après une ou plusieurs ponctions tout rentre dans l'ordre et la rétention peut cesser sans opération sur le canal.

Dans son cas, il s'agissait d'un homme peu âgé, cinquante ans, atteint de rétention d'urine succédant à une congestion hémorrhoïdale.

Le cathétérisme ayant été impossible une ponction fut faite avec l'aiguille No. 2 de l'aspirateur. On obtint deux litres et demi d'urine. Le lendemain matin deuxième ponction et le soir troisième ponction. Depuis le 27 juillet jusqu'au 12 août deux ponctions ont été faites ainsi matin et soir.

Il a été ainsi fait trente-cinq fonctions dans un champ opératoire très restreint à deux ou trois centimètres au-dessus du pubis.

L'écoulement par l'urèthre n'a commencé à se faire qu'après la troisième ponction, et ce n'est qu'après la trente-cinquième que le malade est parvenu à vider sa vessie habituellement. Depuis il a guéri sans incident.

C'est là un résultat très-intéressant pour la pratique où les cas d'urèthre très-difficiles ou impossibles à traveser ne sont pas rares.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

—

Traitement de l'hydarthrose.—L'hydropisie des articulations disparaît quelquefois spontanément, soit par résorption de la sérosité, soit par rupture spontanée du cul-de-sac synovial. Mais généralement cette affection exige un traitement local plus ou moins actif, selon qu'elle est récente ou ancienne.

Dans le premier cas, on obtiendra la disparition du liquide

épanché, soit par les frictions, le massage, l'application de liquides résolutifs : soit par les vésicatoires ou la teinture d'iode aidée de la compression, (bandage ouaté amidonné, méthode de Vaulkmann), soit par la compression évaporante (traitement Roguetta) ; soit encore par l'emploi du sable chaud, traitement préconisé par Bergeret : on enveloppe le genou d'une couche épaisse de ouate, et l'on applique continuellement au-dessus un sachet contenant du sable fin *très chaud*, de façon qu'il puisse s'étaler et dépasser l'articulation en tous sens. On recouvre le tout d'une couverture de laine : la chaleur provoque une sueur locale abondante et en quelques jours l'*hydarthrose disparait.*

Lorsque la maladie est ancienne, on sera souvent obligé d'évacuer le liquide épanché, soit par une ponction simple, soit par une ponction suivie d'une injection à la teinture d'iode. Cette dernière méthode, due à Velpeau, a pour but de modifier la vitalité de la membrane séreuse, d'arrêter l'hypersécrétion, et d'y prévenir la récidive.

On n'explique pas bien comment l'iode agit dans ce cas : d'après les uns il déterminerait une inflammation dite adhésive, qui aurait pour effet d'effacer ou d'oblitérer la poche séreuse. D'après d'autres, l'iode se précipitant à la surface de la synoviale, empêcherait une sécrétion ultérieure.

Dans ces derniers temps, la méthode aspiratrice a été appliquée avec succès au traitement des épanchements articulaires, particulièrement de ceux du genou.

D'après Dieulafoy, cette opération serait d'une complète innocuité, si elle est méthodiquement pratiquée.

Les épanchements du genou demandent un traitement dont la durée varie d'une à dix aspirations.

Mais comme on n'a pas toujours à sa disposition un appareil aspirateur, que d'un autre côté certains malades redoutent toujours une opération, si légère qu'elle soit, nous pensons que l'hydarthrose peut être efficacement combattue par un des moyens exposés plus haut.—(*Arch. méd. belges*)—*Reuve de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

Traitement de l'ongle incarné par le nitrate de plomb et de la morphine.—Le Dr Ceccato-Gaetano nous donne, dans le *Morgani*, une confirmation du traitement de l'onyxis par le nitrate de plomb, que nous avons indiqué il y a longtemps déjà.

Dans trois cas d'ongle incarné de mauvaise nature, il institua

le traitement suivant : tout d'abord application d'une solution concentrée de sulphate de morphine sur l'orteil malade et, quand la sensibilité avait disparu, on saupoudrait la plaie avec du nitrate de plomb. La douleur était nulle ou très-légère. Au bout de peu de jours on enlevait la croute formée et l'on trouvait une surface très-bien cicatrisée.—(*Mon. Thérap.*)—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

—

A quel moment doit-on lier le cordon ombilical? —Cette question, vieille comme l'accouchement, a été rajeunie en 1875 et 76 par les recherches de M. Budin (*Progrès médical.*) Cet auteur a montré que la ligature, pratiquée immédiatement après la naissance, laissait dans le cordon et le placenta 98 centimètres cubes de sang fœtal, tandis que la ligature pratiquée deux ou trois minutes après la cessation des battements n'en laisse que 11. D'où il concluait qu'il fallait attendre ce moment pour opérer la ligature même dans les cas d'asphyxie bleue.

Schucking (*Berliner Klinik Wochenschrift*, 1877) confirma les données numériques de Budin en recevant les enfants dans une balance et en notant l'augmentation de leur poids.

Hélot et Hayem trouvèrent plus de globules rouges dans le sang du nouveau-né après la ligature tardive qu'après la ligature immédiate (de 5 à 900,000 en plus par millimètre cube).

Lweifel *Central fur Gynækologie*, 1878) détermina la quantité de sang laissée dans le placenta par le procédé de Welker (fondé sur la coloration des eaux de lavage) et trouva d'abord 100, puis 81 grammes de différence suivant la ligature adoptée.

L. Meyer obtint des résultats en contradiction avec ceux de Lweifel. Hoffmeier confirma au contraire ceux de Shucking, en suivant la même méthode.

M. Porak (*Considérations sur l'ictère des nouveau-nés ;* thèse de Paris, 1877) admet les résultats numériques de Budin, mais il conteste formellement l'utilité de l'accumulation du sang dans les vaisseaux du fœtus. Tandis que Budin fait jouer le principal rôle dans cette accumulation à l'aspiration thoracique des premières inspirations, Porak exagère l'explication émise par Shucking, qui admet non pas une aspiration mais un refoulement par la contraction utérine. Ce refoulement se ferait,

d'après lui, avec une violence dangereuse, et il croit le démontrer d'abord par l'observation de la tension du sang dans la veine ombilicale lorsqu'on attend pour faire la ligature, et surtout par l'état de santé des enfants dans les premiers jours qui suivent la naissance. Les enfants chez lesquels le cordon a été lié tardivement seraient plus exposés que les autres à l'ictère et aux hémorrhagies intestinales; enfin ils augmenteraient moins rapidement de poids dans les premiers jours de la naissance. Les statistiques de M. Porak sont loin d'êtres convaincantes; il ne tient nul compte de l'augmentation du poids de l'enfant par la ligature tardive pour apprécier le rapport entre le poids à la naissance et le poids au dixième jour. Et il nous semble qu'on peut admettre, après toutes ces discussions, que la ligature tardive (deux à trois minutes après la cessation des battements du cordon) doit être regardée comme le procédé de choix en général, qu'il faut se méfier beaucoup des saignées du cordon, même dans le cas d'asphyxie bleue, la réplétion du système vasculaire, du nouveau-né paraissant être une condition très-favorable à l'établissement régulier de la circulation et de la respiration.—*Lyon Médical.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Usages thérapeutiques de l'idioforme.—Le docteur Bernatzik assigne à l'idioforme les différents usages que nous allons énumérer.

A l'intérieur, on donne l'idioforme en pilule et pastille, ou bien émulsionné dans du blanc d'œuf, dissous dans l'alcool ou l'éther, à la dose de 0,06 à 0,20. La forme pilulaire est préférable.

C'est un bon médicament dans les affections syphilitiques, scrofuleuses, goutteuses; dans la tuberculose pulmonaire, les affections carcinomateuses, le rhumatisme chronique, la cardialgie, le mal de tête nerveux, la névralgie sciatique, les ulcérations douloureuses.

A l'extérieur, on se sert de sa poudre pour en saupoudrer les ulcères cancéreux ou syphilitiques, les condylomes, les plaques muqueuses, les ulcères phagédéniques et les ulcérations du col utérin. On touche encore avec l'idioforme les ulcères syphilitiques du nez ou de la gorge.

Sa solution dans l'éther (1 à 15), ou dans une mixture d'al-

cool et de glycérine (2 à 3 d'idioforme pour 30 de glycérine et 10 d'alcool), peut être employée dans les mêmes cas.

Dissous dans l'éther ou le chloroforme, suivant la proportion à : 15 à 30, l'idioforme est employé comme liniment dans le rhumatisme, contre les rhagades ou la fissure à l'anus, et enfin, à titre de topique anodin, dans les abrasions de la peau en général.

L'idioforme suspendu dans l'eau à l'aide d'albumine (alb. 1 : 50 — 100 aq.) constitue un bon gargarisme et peut être administré ainsi en lavement.

Dissous dans le collodion, il a les applications des solutions mentionnées ci-dessus.

En pommade (1 : 2 — 15 d'axonge), l'idioforme est indiqué en onction sur hypertrophies ganglionnaires cancéreuses, scrofuleuses ou autres ; contre les dermatoses squameuses, papuleuses ou tuberculeuses dans l'hyperesthésie cutanée, le mal de tête syphilitique, les fissures, les ulcérations syphilitiques, etc.

Sous forme de trochisques, mélangé à de la gomme arabique, en suppositoire (idioforme, huile d'amande douce, â â 1 ; beurre de cacao, 10-20), l'idioforme peut rendre des services dans les ulcérations douloureuses du rectum, des fosses nasales, du vagin, de l'utérus, particulièrement quand elles sont de nature cancéreuse.—*Wien. med. Press et Cour. méd.—Revue de Thérapeutique médico chirurgicale.*

Une pommade contre les douleurs chroniques ou sub-aigues de la goutte et du rhumatisme.—

℞. Gomme-gutte finement pilée
Myrrhe..... ....
Canellle ....
Salicylate de soude..... } aa 3 ij

Essence de térébentine. Quantité suffisante pour consistance fluide.

Trois frictions énergiques par jour. On recouvrira ensuite les articulations malades avec de la ouate ou de la laine.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, JUIN 1879.

Rédacteurs :

MM. LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE ET S. LACHAPELLE.

Notre code.

Ontario vient de nous donner un magnifique exemple, ou plutôt un séquelle d'exemples magnifiques, qui nous prouvent que là-bas, il y a protection (c'est le mot) pour le médecin et que loi n'est pas lettre morte. On y est à sévir contre le charlatanisme et sans ménagement. Voici la manière qu'on a employée pour parvenir à un résultat pratique, chose que nous méconnaissons ici, malgré les efforts réitérés d'amis chez qui le dévouement abonde.

La police est sœur puisnée de tous les maux qui inondent la société ; hâtons-nous de dire que née du mal, elle en est l'antidote, sinon au point de vue moral—rarement elle a fait des conversions—au moins au point de vue social, c'est-à-dire que le violateur de la loi ne coudoie guère l'agent de sûreté, et que fréquentations entre eux ne sont pas en usage. C'est ce que se disent les charlatans d'Ontario depuis qu'on a mis la police à leur recherche : plus de deux cents victimes dans quelques semaines, quel massacre ! ! Le collége des médecins de Toronto, et celui des dentistes, confièrent la besogne à M. Smith, de la police secrète qui ne s'en est pas mal acquitté comme on vient de le dire.

Madame Lasel, *clairvoyant physician* (sic) condamnée à à une amende de vingt-cinq dollars et n'ayant pu les collecter chez ses ingrats patients, a fait un mois de prison. Dr Sutherland, grand guérisseur du bégaiement, fut plus heureux,... il put payer la somme. Alex. Moore, pour qui le cancer n'est qu'un vain mot eut le même sort. Un autre qui préfère soigner d'après les portraits de ses patients, que d'après leur examen, en fut quitte pour un montant semblable. Ainsi de suite pour tutti quanti.

Pourquoi ne pourrions-nous pas en faire autant dans la Pro-

vince de Québec ? La police n'est-elle pas notre amie ? et la loi n'est-elle pas la loi pour nous ? Et surtout ne sommes-nous pas soucieux des intérêts de la société ? Ouvrons notre code médical, en force depuis deux ans déjà et voyons.

25. "Toute personne qui sera convaincue sur le serment d'un ou de plusieurs témoins, en conformité des dispositions de l'acte de cette province, 38 Vict., ch. 3F, d'avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique dans la province de Québec, soit à gages, soit pour argent, ou dans l'espérance d'une récompense, sera, sous conviction sommaire devant un shérif, ou magistrat de district ou un recorder, ou un juge des sessions de la paix, condamnée à payer une amende de pas moins de vingt-cinq piastres ni de plus de cent piastres."

Et ailleurs, chose qu'on oublie.

21. "Toute personne qualifiée, suivant cet acte, à être enregistrée, mais qui néglige ou qui omettra de se faire ainsi enregistrer, ne pourra se prévaloir d'aucuns droits ou priviléges conférés par cet acte tant que durera cette négligence ou cette omission, et elle sera passible de toutes les pénalités imposées par cet acte, ou par tout autre acte qui peut être maintenant en force contre les praticiens non qualifiés ou non enregistrés, et elle paiera une amende de cinq piastres, chaque année, jusqu'à ce qu'elle soit enregistrée," Gare donc !

Les remèdes patentés.

Les journaux, de temps en temps, nous apportent la triste nouvelle de l'empoisonnement par des remèdes patentés : ils nous disent tout ce qu'ils savent à ce sujet, mais nous savons qu'ils n'en connaissent pas long heureusement. En effet, quel est celui d'entre nous qui n'a pas été témoin de cas malheureux tels que celui mentioné ces jours dernniers (un enfant, mort empoisonné par une dose trop élevée du Sirop des Enfants du Dr Coderre), et qui n'a pas gardé un silence assez charitable. Les empoisonnés par les sirops sont nombreux, nous le savons tous. Et nous laissons faire le mal, comme s'il était incontrôlable ! On a donc raison de jeter le cri d'alarme dans le public. Plusieurs causes peuvent donner lieu à ces accidents déplorables.

Une première cause qui semble la plus évidente est la dose trop élevée. On meurt empoisonné parce que la dose de poison était trop forte ! Cela paraît tout naturel. Relativement, néanmoins, il arrive souvent que ce n'est pas le cas pour les

médicaments patentés. Tel enfant pourra prendre une cuillerée à thé et plus de telle bouteille sans aucun effet, et qu'une moindre dose d'une autre bouteille jettera dans un sommeil profond. J'ai vu plusieurs enfants avaler une demi-bouteille ou une once sans peu d'effet, et néanmoins ils n'avaient pas acquis la tolérance médicamenteuse, c'était une dose prise accidentellement. La préparation est donc défectueuse, et cette deuxième cause est bien la première. Le dosage dans des préparations en grand n'est pas sans difficulté : il n'est pas de conséquence pour une préparation de fer, etc. ; pour une potion calmante, il doit être fait avec une rigueur des plus mathématique : il serait même peut-être plus prudent de s'abstenir de tout remède patenté qui contient un narcotique quelconque. Il n'agit bien qu'en autant que le narcotique existe, et pourquoi ne pas donner celui-ci à dose raisonnable, mais tangible, visible ? pourquoi le cacher ainsi ? Chaque mère n'a-t-elle pas le secret d'un véhicule délicieux qui vaut bien le sirop du laboratoire ? De cette manière, on donne la dose prescrite par le médecin, et les mères aveugles sont moins exposées au cruel martyre d'être elles-mêmes les meurtrières de leurs enfants.

Dans le cas qui fait le sujet de ces quelques remarques, le médecin demandé, convaincu qu'il avait affaire à un empoisonnement par l'opium, a employé, comme contre-poison les stimulants,—eau et brandy,—les contre-irritants sur l'épine dorsale ; la belladone a été oubliée, néanmoins l'antagonisme de ces deux médicaments dans plusieurs de leurs effets physiologiques a conduit le médecin à se servir de cette solanée dans une semblable circonstance, et ses propriétés antidotiques de l'empoisonnement par l'opium semblent être reconnues depuis longtemps.

Les amis ne devront pas trouver étrange que nous venions souvent à la charge au sujet des réformes ou du perfectionnement de la science, comme du bien-être de la médecine : celle-ci, comme toute noble ambition, comme Balzac à sa devise : " Etre célèbre et être aimée." Or, cette double fin ne peut être acquise que par un travail réformateur partout où le besoin s'en fait sentir ; avec cela la devise deviendra un fait accompli ; car nous ne devons pas être condamnés, comme Moïse, à ne voir la terre promise que de loin.

Assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine.

—

L'assemblée semi annuelle du Bureau des gouverneurs du Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a eu lieu à Montréal, les 14 et 15 du mois de mai, dans les salles de l'Ecole Normale Jacques-Cartier.

Membres présents : Drs J. P. Rottot, Sewell, Marmette, Michaud, Mignault, Gilbert, Belleau, Perrault, David, Marsden, Larue, Lachapelle, Heward, St. Germain, Ives, Trudel, Scott, Dagenais, Prévost, Badeaux, Rivard, Paré, de St. George, Rousseau, Ross, Church, Gibson, Campbell, Ladouceur, Pâquet, Lafontaine, Laberge.

Le Dr E. Grandbois est élu gouverneur en remplacement du Dr Têtu, décédé.

Sur proposition du Dr Michaud, secondé par le Dr Marmette, le Bureau adopte une résolution de condoléance à l'occasion de la mort du Dr Têtu.

Les rapports des assesseurs pour les différentes universités sont lus et déposés sur la table par le secrétaire. Les assesseurs de l'Ecole de Médecine et Chirurgie de Montréal, Faculté de Victoaia, Cobourg, ayant mentionné le fait que cette institution donnait son diplôme à des jeunes gens qui n'avaient pas fait leur quatre années d'études médicales, une discussion assez vive eut lieu à ce sujet. Finalement, tous les rapports des assesseurs furent adoptés.

Le comité des amendements à la loi de Médecine ayant fait son rapport, le Bureau discute longuement ce rapport et l'adopte avec quelques modifications. Le même comité auquel les noms des Drs Church et Trudel sont ajoutés, est chargé de voir à ce que les amendements proposés soient soumis à la prochaine session de l'assemblée législative de Québec.

Les Messieurs suivants, porteurs de diplômes de différentes universités, ont reçu la licence du Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec :

Université Bishop : MM. D. Gaherty, G. O, Gernon, E. Comeau, J. F. Jenkins, R. Leprohon, C. Marshall, G. G. Gale.

Université McGill : W. F. Scott, John Irwin, A. J. Henwood, Joseph E. Jackson, R. Spenser, M. Geymour, W. Sutherland—Imrie.

Université Victoria : F. X. R. Laflèche, A. A. Foucher, L. de Grandpré, Z. Auclair, J. N. Bergeron, J. N. Elie, R. B. Chagnon, A. Laurendeau, A. T. Côté, A. F. Fleury, R. St. Jacques, M Guérin Lafontaine, S. Desjardins, O. Goyer, A. Lacerte,

A. Plante, L. J. E. Boucher, R. N. Forté, L. A. Massé, J. E. Aubin, Julien T. Lambert, S. Allain, J. A. Leblanc, J. L. Germain, J. A. Prevost, P. P. Renaud, A. de Grandpré, J. Firouard, Z. Laroche, M. J. E. Legris, E. Bellemare, A. A. Lefaivre. M. E. Guertin, G. A. de Laval Tierney, J. C. S. Gauthier, M. E. de Laval Tierney.

MM. O. Rousseau et Rush Cleveland furent admis à la pratique de la médecine après avoir subi un brillant examen.

Sept sages-femmes reçurent aussi leur licence après avoir subi un examen satisfaisant.

Société Médicale.

Séance du 21 Mai 1879.

Présidence de E. P. Lachapelle, Ecr, M. D.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. le Dr A. T. Brosseau donne lecture d'un travail très-complet et très-élaboré sur la *non consolidation des fractures* considérée dans son anatomie pathologique, ses causes et son traitement.

M. le D. A. L. Smith ayant fait quelques remarques sur la question propose que des remerciements soient votés à M. le Dr Brosseau pour l'intéressante étude qu'il vient de communiquer à la Société. Adopté unanimement.

M. le Président constate avec regrets l'apathie d'un certain nombre de membres pour la Société Médicale, et le peu d'empressement qu'ils mettent à assister aux séances. Il propose que, pour plus d'uniformité et de régularité les séances se tiennent à jour et heure fixes, et que cette règle ne souffre d'exception sous aucun prétexte. Adopté.

M. le Dr Dagenais donne avis qu'à la prochaine séance il proposera M. le Dr R. Leprohon comme membre actif de la Société Médicale de Montréal.

Le Dr A. L. Smith donne aussi avis qu'à la prochaine séance, il demandera aux membres de la Société Médicale de vouloir bien lui communiquer les résultats de leur expérience en ce qui regarde l'opération de la Tracheotomie, le procédé opératoire qu'ils adoptent de préférence, et les cas ou l'intervention chirurgicale leur a le mieux réussi.

M. le Dr C. M. Filiatrault s'étant engagé à faire les frais de la prochaine séance, il est résolu que cette lecture de M. le Dr Filiatrault y soit le premier ordre du jour.

Et la séance est levée.

H. C. Desrosiers, M. D. L.
Secrétaire *pro tempore*.

NOUVELLES MÉDICALES.

Démission.—M. le Dr J. P. Rottot a donné sa démission comme professeur de Pathologie interne et comme membre de la corporation de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Rectification.—Notre excellent confrère de la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, de Paris, reproduit de l'*Union Médicale du Canada* une clinique de M. le Dr Brosseau sur le traitement et l'opération de la hernie inguinale étranglée, et l'attribue au *Canada Médical;* c'est évidemment un *lapsus calami*, car il n'existe aucun journal portant ce titre.

Dispensaire.—Durant le mois de mai dernier, 2101 personnes ont reçu des soins au dispensaire de la Providence, par les différents médecins attachés à cet établissement. Les Révérendes Sœurs ont habilement rempli les prescriptions. 178 de ces patients ont requis des soins et à domicile.

Le Dr E. A. Pâquet en a fait le service.

Admission à l'étude de la médecine.—Les messieurs suivants ont été admis à l'étude de la médecine, après avoir passé un examen satisfaisant le 8 et le 9 courant :

R. Dawson, J. W. Cameron, Chs. Cameron, Jos. A. Hopkins, S. Dumont, H. A. Hutchins, John Gardner, G. W. Jolicœur, C. E. Allen, F. Devlin, C. S. Roy, E. V. Boulanger, G. E. Mathieu, E. Lessard, P. M. Mertin, H. Simard, A. Joyal, O. Martel, W. Prevost, N. Morency, A. de Blois.

NAISSANCE.

A Nicolet le 9 mai dernier, la dame du Dr D. B. G. Desaulniers, une fille, qui n'a vécu qu'un jour.

DÉCÈS.

Dame Marie Rose de Lima Proulx, épouse du Dr D. B. G. Desaulniers, est décédée à Nicolet le onze mai dernier, à l'âge de vingt neuf ans et trois mois.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Historique de la physiologie du foie

Par C. M. Filiatrault, M. D.

(*Lu devant la Société Médicale de Montréal.*)

Un vif intérêt s'attache toujours à l'étude historique des opinions diverses, que dans la suite des temps, les médecins se sont formées, sur l'importance d'un organe et sur ses maladies. L'arbre de la science tel que l'époque l'admire, avec sa charge de fleurs et de fruits, nous paraît moins étrange alors que nous avons suivi ses racines dans le terrain historique, où elles s'épanouissent plus ou moins profondément, et quand nous avons sondé les sources qui l'ont fertilisé. Ce que le présent revendique comme une découverte contemporaine, nous paraît bien souvent alors appartenir à des siècles écoulés déjà depuis longtemps.

Le foie est l'organe qui selon Beau, a donné lieu aux changements les plus importants de l'opinion. Le système de la veine porte, le foie, et ses résaux vasculaires qui s'étendent au loin et qui se trouvent en connexion intime avec l'appareil gastro intestinal, dans ce puissant organe glandulaire, ont été considérés, plutôt sous l'impulsion d'une intuition vague, que par suite de connaissances précises et sûres, le siége d'actes multiples essentiels à la vie, dans l'état de santé comme dans l'état de maladie.

Platon et les anciens regardaient le foie comme le centre de l'activité végétative. Galien dit: " La chair du foie qui est la substance même, est le premier organe de la sanguification et le principe des veines." Et plus loin: " Les veines conduisent la nourriture élaborée dans l'estomac, à un lieu de coction commun à tout animal, lieu que nous appelons le foie."

Ainsi nous voyons que Galien trouvait en lui le foyer du développement de la chaleur, de la conversion du chyle en sang, le point d'origine des veines. Les idées de Galien passèrent presque sans aucune modification et régnèrent jusqu'au milieu du 17e siècle.

Vésale en 1542 fut le premier qui écrivit à l'encontre de ces idées.

Argenterio, en 1553, essaya de limiter l'importance fonctionnelle de la glande hépatique, mais sa voix resta sans écho.

La découverte des vaisseaux chylifères par Asselli, en 1622, et celle du canal thoracique par Pecquet, en 1647, vinrent pour la première fois ébranler violemment la théorie de Galien. On connaissait alors une voie par laquelle le chyle était transporté dans le sang, sans l'intermédiaire de la veine porte et du foie. Dès lors ceux-ci parurent sans importance par rapport à la formation du sang.

Bertholin et Glisson furent les premiers qui formulèrent cette opinion d'une manière précise, qui fut adoptée unanimement.

Désormais le rôle du foie devait se borner à sécréter la bile.

Telle fut, MM., pendant deux siècles entiers la croyance générale.

C'est à la physiologie expérimentale et aux études histologiques de notre époque que revient l'honner d'avoir reculé l'horizon de cette partie de la science, et d'avoir réhabilité, en leur donnant une forme plus exacte, des opinions que l'on croyait mortes depuis longtemps.

Avant de vous faire, MM., l'exposé de ces doctrines, je crois qu'il serait utile, pour en faciliter l'intelligence, de rappeler ici aussi succintement que possible le mode de distribution des vaisseaux hépatiques à l'intérieur du foie.

Le foie possède deux ordres de veines, la veine porte, formant le système afférent, et les veines hépatiques formant le système efférent. La veine porte représente donc un arbre vasculaire dont les radicules ont leur origine dans tous les organes renfermés dans la cavité abdominale, dont les ramuscules terminaux sont dans le foie, et le tronc intermédiaire aux uns et aux autres n'a que 4 à 5 pouces de longueur chez l'adulte. Quand on examine une coupe du foie, il est facile de distinguer à première vue auquel de ces deux ordres de veines appartiennent les orifices vasculaires qui s'offrent aux yeux. Les ramifications de la veine porte, entourées par la capsule de Glisson, n'adhèrent pas à la substance hépatique dont elles sont séparées par une couche de tissu cellulaire dans lequel rampent les branches de l'artère hépatique, les conduits biliaires, ainsi que les nerfs; il en résulteque quand on vient à couper ces veines elles se retractent de manière que le rapprochement de leurs parois obstrue la lumière du vaisseau. Les veines hépatiques et leurs ramifications ne sont pas entourées par une gaine spéciale, elles sont directement en contact et adhérentes par leur face externe avec le tissu même du foie, de sorte qu'au lieu de se rétracter après la section elles restent béantes.

En outre tandis que la veine porte arrive à peu près au centre du foie pour envoyer dans tous les sens des rameaux qui s'irradient à la manière des rayons d'un cercle, les veines hépatiques partent, au contraire, toutes d'un point de la circonférence de l'organe et envoient leurs rameaux dans le foie, à la maeière des branches d'un éventail dont le lieu de convergence se trouve sur la veine cave inférieure. Les branches forment deux plans principaux, l'un supérieur et l'autre inférieur, entre lesquels se trouve le systéme porte.

Magendi et Tiedemann furent les premiers qui prouvèrent que les vaisseaux chylifères n'étaient pas seuls chargés de recevoir les matières nutritives, mais qu'une partie des ingesta digérés par le canal gastro-intestinal était incorporée au sang à l'aide de la veine porte. Tiedemann et Gmelin, parvinrent encore, par une suite d'expériences délicates, à ce résultat, que le foie devait être considéré comme un organe d'assimilation pour les substances prises dans le canal intestinal.

Blondlot, Cl. Bernard, Lehmann, C. Schmidt, sont aussi des expérimentateurs, qui firent de cette question l'objet de leurs recherches et confirmèrent d'une manière habile et satisfaisante les mêmes faits, tout en laissant sur l'importance et l'étendue de cette résorption bien des points en litige.

Il est maintenant solidement établi que, l'eau, les sels, le sucre, les matières colorantes et odorantes, sont transportés dans le sang principalement par la résorption veineuse; qu'au contraire, la majeure partie de la graisse suit les voies chylifères. Mais c'est encore une question de savoir la route prise par les matériaux les plus utiles à la nutrition, par les matières albuminoïdes....*Scinduntur auctores.* Un second point qui n'est pas encore suffisamment éclairci, c'est l'influence que le parenchyme hépatique exerce sur les substances qui le traversent. Il suffit d'avoir montré comment peu à peu on reconnut l'importance du foie relativement à l'absorption et à l'emploi des produits de la digestion.

Outre cette part médiate et immédiate que prend le foie à la préparation du sang, il était réservé à notre époque de découvrir, entre l'organe hépatique et les actes de la transformation organique, d'intimes relations dont la connaissance ouvre de nouveaux aperçus sur l'état de santé et sur celui de maladie. Claude Bernard, en 1853, par une suite d'expériences exactes, a prouvé irréfutablement que dans le foie et sans l'intervention d'aliments non azotés, il se produit continuellement, outre la bile, une quantité importante de sucre qui passe de là dans la masse sanguine pour y être ultérieurement employée et que cette transformation parait aussi nécessaire au maintien

normal de la vie que d'autres, dont les produits sont éliminés par les organes sécréteurs.

Il se passe aussi encore d'autres opérations chimiques, dont des recherches scientifiques nous apprendront à connaître l'importance avant peu, il faut l'espérer. Leur existence est cependant prouvée, par la présence dans la glande de l'inosité (corps blanc, sucré, (musculaire), de l'ure et de leucine, (leucine, substance blanche (sang), et par des variations remarquables que présente la composition de l'urine dans certaines affections hépatiques.

L'importance du foie, relativement à la production de la chaleur, a encore trouvé un défenseur ardent dans Claude Bernard. (Paris 1855.)

Flint, en 1868, se basant sur des analyses du sang, des expériences et des observations, attribue au foie la propriété de séparer la cholestérine du sang et de l'éliminer sous forme de stercorine. La cholestérine est une matière excrémentitielle produite par la désassimilation tant du cerveau que des nerfs et absorbée par le sang; elle est séparée du sang lors de son passage dans le foie, et entre dans la composition de la bile à laquelle elle donne son caractère excrémentitiel, elle est déversée avec la bile à la partie supérieure de l'intestin grêle, après avoir été changée en stercorine, forme sous laquelle est évacuée dans les excréments. Si cette séparation n'a pas lieu, il y a accumulation de cholestérine dans le sang et empoisonnement de l'organisme appelé Cholestèrémie par Flint.

Frerichs décrit sous le nom de Acholie la suppression des usages du foie et attribue à ce même état de l'organe les accidents cérébraux qui surviennent à la fin de la cirrhose, (délire bruyant, spasme, etc.)

Cyon de St Pétersbourg, en 1870, a démontré que le sang se chargeait d'urée en traversant le foie.

Le foie a donc cessé d'être simplement un organe de sécrétion de la bile. Les idées de Galien que Bartholin croyait réfutées à jamais, ont repris, modifiées il est vrai, et restreintes, la vie et le pouvoir. Il est solidement établi, qu'à l'intérieur de la glande se passent des actes en relation intime avec le foyer central de l'activité végétative, avec la formation du sang, avec les méthamorphoses de la matière; maintenant le but doit être de recherchcr au lit du malade, et au moyen d'expériences, quelle est la portée de ces actes, et de préciser leur influence sur létat de santé et celui de maladie.

HISTORIQUE DE LA PATHOLOGIE DU FOIE.

Le changement subi par les idées qu'on se faisait de l'importance des relations du foie avec l'organisme, n'a pas été sans réagir sur les doctrines pathologiques. Dans le domaine de la pathologie, nous retrouvons les mêmes variations que nous a présentées la physiologie. Elles sont moins frappantes, néanmoins, car l'expérience clinique devait toujours assigner au foie un rôle plus important que celui qui consisterait à sécréter la bile seulement.

Le foie et le système de la veine porte étaient regardés par les pathologistes anciens, surtout par Galien, comme le point de départ des troubles nombreux. Non seulement on décrivait une foule de maladies de cet organe, telles qu'inflammations, abcès, obstructions, intempéries de toutes sortes, etc., etc., mais le foie était de plus considéré comme la source de la plus grande partie des maladies générales de l'économie. En lui se trouvait la cause la plus importante des troubles que présentait la composition du sang: "*Sanguificatio vitiatur, hepate vitiato.*" La pléthore, l'anémie, la cachexie, l'hydropisie, étaient attribuées à certaines modifications dans l'activité de cette glande. On trouvait en outre une cause plus vaste encore de troubles généraux dans les produits de la sécrétion du foie, dans la *bile jaune* et la *bile noire* qui avaient une importance excessive dans la pathologie humorale.

La bile jaune occasionnait les maladies aigues avec élévation de température; la bile noire au contraire amenait les affections chroniques, les troubles des facultés intellectuelles, etc., etc.

Avec une telle manière de raisonner, la pathologie des auteurs de ce temps, n'a rien qui puisse nous étonner. Les mêmes idées, le même esprit régnèrent encore longtemps après Galien.

En 1626, Riolan appelait encore le foie le "*Fundamentum vitæ et nutricatus.*"

La découverte des vaisseaux chylifères vint changer les idées physiologiques; une réaction se produisit nécessairement dans les théories pathologiques.

L'importance fonctionnelle du foie fut réduite, du moins on venait de découvrir des voies d'absorption, jusque-là inconnues. En outre la brillante découverte d'Harvey donnait dans la circulation du sang, une force qui permettait de fournir la clef d'une foule de phénomènes.

En 1653, Bartholin, l'énergique adversaire des théories Galéniques, entreprit une révision de la médecine dans le sens des nouvelles conquêtes physiologiques.

Il reconnut que les vices dans le mélange sanguin étaient dépendants des obstructions et d'autres affections du foie, tout en niant que ce dernier concourût à la préparation du sang. Les idées des médecins se modifièrent de plus en plus et à la place des dogmes, jusque-là respectés, on substitua théoriquement et pratiquement les résultats des découvertes contemporaines.

Il est dans la nature humaine d'avoir toujours une certaine tendance à exagérer la portée des nouvelles conquêtes, et par suite d'en faire une application vicieuse. Aussi s'explique-t-on sans peine les théories médicales prématurées que firent naître ces bouleversements de l'anatomie et de la physiologie. Pour la médecine pratique en général, et pour les maladies du foie en particulier, commença une époque stérile, qui, adonnée bien plus aux systèmes théoriques qu'à l'observation, perdit pied de plus en plus sur le terrain solide des faits.

Mais pendant cette période et même antérieurement à elle, les recherches anatomo-pathologiques, auxquelles les médecins s'adonnaient, avaient commencé à préparer un avenir meilleur.

Déjà avant ce revirement général de l'opinion, Benivieni, Vesale, Fallope, par leurs études anatomiques, avaient recueilli des données très propres à éclairer certains points des affections du foie. Pour la première fois, ils donnèrent une description précise des calculs biliaires, et des suites qu'entraine leur séjour dans la vésicule.

On trouve dans les écrits de Glisson, de Bartholin, de l'habile et pratique Baillou, et principalement de Thomas Bouet, d'intéressantes considérations sur les tuméfactions du foie dans le rachitis, sur les abcès, l'ictère malin, le squirrhe, les kystes, les calculs, etc., etc. La description de la cirrhose par Bouet, laisse par exemple très peu à désirer.

Ces commencements d'études anatomo-pathologiques, tout incomplets qu'ils puissent paraître n'en étaient pas moins très importants, à une époque où chaque fait bien observé écartait toute une armée de théories erronées, et devenait le point de départ de nouvelles et fructueuses études.

Bianchi a essayé de rassembler en un tout ce que le temps avait fait acquérir de connaissances sur les affections du foie.

Haller et Morgagni soumirent son ouvrage à une critique très sevère, et montrèrent qu'il y avait beaucoup de choses insuffisamment muries ou précipitamment écrites.

C'est alors que dans le champ de la clinique on vit apparaître Boerhaave et G. E. Stahl, dans celui de l'anatomie pathologique Morgagni.

H. Boerhaave, qui fut un brillant précurseur des temps à

venir, s'occupa avec une sorte de prédilection des maladies du foie, croyant qu'en elles résidait la source d'une foule d'affections chroniques. Dans son ouvrage publié par Haller, il dit : " *Duo viscera sunt, a quibus fere omne morborum chronicorum* " *genus oritur ; pulmo a quo tabes, et hepar a quo innumera-* " *biles lenti morbi.*" Et un peu plus loin : " *Atqui ex centum* " *morbis chronicis vix unus, cujus princeps sedes, non sit in* " *hepate.*"

Presqu'à la même époque G. E. Stahl, s'appuyant plutôt sur des hyppothèses que des faits, essayait de revendiquer pour la veine porte et pour le foie une importance pathologique considérable.

Le mouvement du sang dans la veine porte, d'après Stahl, comme d'après Boerhaave, ne dépendait pas du cœur, mais il était produit par la respiration et par une force tonique particulière que possédaient les organes abdominaux, surtout la rate, les intestins, le mésentère, et même les parois vasculaires.

Prenant pour base physiologique ces idées et les conséquences qui en étaient déduites, ils construisirent une théorie des états pathologiques les plus divers. Cette doctrine vague et s'adaptant facilement à tous les cas fut un obstacle à une étude approfondie des affections du bas ventre.

Pendant que les travaux d'un grand nombre de médecins empêchaient ainsi le progrès au lieu de le favoriser, J. B. Morgagni amassait un riche trésor de matériaux anatomiques et de faits cliniques ; par son travail clair et judicieux il leur assurait dans l'avenir une valeur impérissable. Relativement aux affections du foie, nous trouvons là les traits fondamentaux de ce qui maintenant est accepté comme vrai.

A partir de Morgagni, les recherches prirent chaque jour plus d'étendue et plus d'importance. On apprit à mieux connaître chacune des altérations matérielles du foie, à les différencer d'avec celles qui leur ressemblaient, à fixer leur génèse et leur suite ; enfin l'histologie microscopique se perfectionnant, vint offrir une voie et des procédés meilleurs et plus sûrs.

Depuis qu'on avait reconnu la composition élémentaire de la bile, le foie passait pour l'organe chargé de purifier le sang des produits fortement carbonés, il était dans cet office l'adjuvant des poumons.

La physiologie de nos jours a introduit bien des modifications dans cette partie de la science ; elle a ouvert sur plusieurs points des aperçus nouveaux.

La sécrétion du foie a été étudiée avec plus de soin ; à côté de la bile, dont on a reconnu d'une manière plus exacte la composition, la formation et l'usage, on a trouvé comme résul-

tat constant de l'activité sécrétoire, du sucre dont, il est vrai, l'utillsation physiologique reste encore dans l'obscurité. En outre on a constaté dans le foie une grande quantité de produits qui prouvent que dans l'intérieur de l'organe s'accomplit un travail compliqué de transformation dont l'étendue et l'importance n'ont pu être encore fixées. Enfin des faits existent, qui paraissent plaider en faveur d'une participation du foie à la sanguification. Le but de la pathologie sera donc d'examiner et d'utiliser au lit du malade ainsi qu'à l'amphithéâtre ces aperçus nouveaux.

ICTÈRE.

Je vous ferai grâce, MM. de l'historique, vous en avez eu, je crois, amplement, pour ce soir. Ce que je viens d'ailleurs de vous dire sur le foie, vous fait justement penser que depuis ce que Frerich appelle les incunables de la médecine et de tout temps on a désigné sous le nom d'Ictère, de fièvres bilieuses, etats bilieux, etc., etc., une foule d'états morbides mal définis.

Etiologie.—Sans aucun doute la plupart des cas d'Ictère sinon leur totalité sont causés par la résorption de la bile déjà sécrétée. Pour l'ordinaire, il est facile de prouver anatomiquement que la pertubation dans l'excrétion biliaire est d'origine mécanique.—V. G. Ligature du canal coledoque, par Saunders, Tiedeman, Gmelin.

La jaunisse provenant de la sécrétion insuffisante du foie, que Budd et Bamberger ont cherché à démontrer, a contre elle trop de faits bien établis pour qu'on puisse en admettre la réalité. L'opinion qui admet la préexistence de la bile dans le sang a été aussi rejetée. (Analyse du sang de la veine porte et celui des veines hépatiques).

L'accumulation de la bile dans le sang peut avoir lieu de deux manières:

1° Par le passage du foie dans le sang d'une quantité de bile plus considérable que d'habitude.

2° Par une diminution dans l'emploi, dans la transformation de la bile passée dans le sang.

Causes.—Nous reconnaissons, dit Frerich, trois sortes de causes pour l'ictère.

1° Rétention de la bile.

2° Trouble dans la circulation hépatique, et par suite diffusion anormale.

Ces deux sortes de causes ont pour effet le passage d'une quantité plus considérable de bile dans le sang; et dans ces

deux cas le foie est intéressé plus ou moins fortement. Elles sont le résultat 1° d'un rétrécissement des conduits hépatiques communs, amenés soit par une inflammation catharrale de la muqueuse, soit par une compression sur la face inférieure du foie, par accumulation de fèces dans le colon ; par une tumeur gastrique ou pancréatique ; par une anévrisme abdominale ; par l'uterus dans l'état de grossesse ; par la dégénérescence cancéreuse ou autre des glandes lymphatiques dans la fissure du foie ; par des calculs biliaires, même par des corps étrangers pénétrant dans ces conduits à travers l'orifice du duodénum. Elles sont le résultat 2° d'une obstruction de ces mêmes conduits par l'adhésion de leurs parois, causée soit par une inflammation ou une ulcération, soit par des calculs biliaires ou corps étrangers implantés fermement ; soit par la pression constante de tumeurs carcinomateuses du foie, du duodenum, de la tête du pancréas et de la surface externe du foie. Elles sont le résultat 3° d'une constriction ou d'une obstruction des conduits hépathiques en dedans du foie, et enfin, 4° d'une destruction des cellules hépathiques que l'on rencontre v. g. dans l'atrophie aigue, dans la cirrhose, dans les dégénérescences graisseuses ou amyloïdes, etc.

3e sorte de causes.—Troubles dans la transformation de la bile, diminution de la quantité consommée dans le sang.

Cette sorte de causes est indépendante du foie, elle est influencée autant que nous pouvons en juger par l'état de mélange et par tout ce qui limite et modifie essentiellement le travail de transmutation dont le système vasculaire est le siége. Nous pouvons énumérér ainsi les différentes affections qui forment cette troisième série de causes.

1° Maladies de poumons, du cœur, et du système nerveux. 2° Emotions mentales, anxiété, frayeurs intenses. 3° Dyspepsie. 4° Morsures de serpents, alchool, chlorofor, etc., etc., etc. 5° Piémie, typhus, fièvres, typhoïdes, rémittentes, intermittentes, etc., etc.

Symptômes.—1° Bile. La bile se manifeste ordinairement après trois jours, aux conjonctives, à la peau, dans l'urine, mais avant tout dans les épanchements séreux des diverses cavités du corps.

2° Sang. On trouve aussi dans le sang les traces du pigment biliaire.

3° Les sécrétions. L'urine présente de bonne heure la coloration jaune, d'un jaune safran, d'un rouge brun, d'un brun foncé, d'un brun verdâtre ou d'un brun noir suivant la quantité et la nature du pigment qu'elle reçoit, les sueurs, la salive, le mucus, les excédats albumineux et fibrineux.

4° Tous les tissus, même ceux dans les parties plus profondément situées, dont l'inspection n'est possible que lors de l'autopsie, présent la couleur jaune qui pénètre avec le plasma du sang. Dans la grossesse la coloration jaune se communique aussi au fœtus. Et Thomas Bonet décrit un fœtus né d'une ictérique comme: "*Ita flavus ut e cera confectus puer, non partus humanus videretur.*"

5° Troubles de l'innervation. Les demangeaisons à la peau, trouble de la sensibilité générale, langueur faiblesse, humeur sombre et chagrine, céphalalgie, vertiges, etc., anomalies des perceptions sensoriales, des sensations subjectives du goût et de la vue.

6° Troubles de la circulation. Rallentissement des mouvements du cœur et quelques fois du poulx. La témpérature ne subit aucune modification dans l'ictère simple ou sans complications.

7° Digestion. Les fonctions de l'estomac restent ordinairement intactes chez les ictériques; et quand la langue est nette, les malades ont un appétit qui ne laisse rien à désirer, souvent même il est exagéré morbidement et quelque fois perverti. On ne remarque d'anomalies que dans les phénomènes dont le tube intestinal est le siège. Une grande importance au point de vue pratique, s'attache au changement de couleur que les fèces présentent ordinairemént dans l'ictère, parce que nous avons là un moyen d'apprécier, aussi bien que possible, la rétention plus ou moins complète de la bile. Dans une oblitération absolue des voies biliaires, toute trace de pigments biliaires disparait des garde-robes; celles-ci prennent une couleur de cendre ou d'argile, qui varie un peu suivant la qualité des aliments. Presque toujours, leur consistance s'accroit; elles sont solides et dures; les évacuations sont rares et ont besoin d'être aidées par les purgatifs. Cette disposition à la constipation est si constante dans l'ictère, qu'on est parfaitement reçu à admettre qu'elle est occasionnée par l'absence de la bile dans l'intestin.

Durée.—La durée de l'ictère est très variable et peut osciller entre quelques jours et plusieurs années. La raison de ces changements se trouve essentiellement dans ses causes, qui persistent plus ou moins longtemps; et préparent l'issue fatale plus ou moins rapidement par quelque complication. Car l'ictère sans complications peut durer des années avant de devenir mortel par lui-même. Ces quelques remarques s'appliquent également au pronostic et à la terminaison qui sont aussi variables que l'étiologie de la maladie.

Diagnostic.—Le diagnostic de l'ictère est en général sans

difficulté, puisque habituellement la simple inspection à la lumière du jour suffit. (Conjonctive et l'urine).

Traitement.—Le premier problême qui se présente dans le traitement de l'ictère consiste à écarter la cause de l'accumulation des matériaux de la bile dans le sang. Lorsqu'on peut y parvenir il est rarement nécessaire de diriger un traitement particulier contre l'ictère lui-même. Les moyens à employer varient suivant la nature de la cause qui, assez souvent, est inaccessible à la thérapeutique, et dans ces cas, nous n'avons qu'à combattre les influences nuisibles qui résultent pour toute l'économie, de la distribution anormale de la bile. Pour arriver à ce but nous avons trois indications thérapeutiques à remplir.

1e Régulariser les fonctions intestinales troublées par l'arrêt de l'excrétion biliaire.

2e Provoquer l'élimination de la masse des matières colorantes qui s'accumulent dans le sang.

3e Tenir compte des conséquences ultérieures résultant pour l'organisme entier des troubles survenus dans la sécrétion, et surtout des changements produits dans le parenchyme hépatique par l'arrêt de la bile : anémie, hydropisie, etc., etc.

1e Rhubarbe, aloës, coloquint, l'*éther*, régime végétal de facile digestion, viande maigre, pas de graisse, Tanner recommande le mercure, la podophylline.

2e Agir sur les reins et la peau. Diurétiques. Sels neutres de potasse, le tratrate, l'acétate, etc. Valleix, le nitre, Frerichs, le suc de citron. Garder une juste mesure et ne pas déterminer des troubles de la digestion. Taraxacum.

3e Indication. Très difficile à remplir. Toniques ferrugineux doux, et les toniques amers.

Voilà, MM., en quelques mots la médication rationnelle. Il y a une autre médication qu'on peut appeler empirique et préconisée surtout par un grand nombre d'auteurs des derniers temps.

Médication Empirique.—On a recommandé contre l'ictère une série de moyens empiriques, éprouvés par des expériences variées, et dont la plupart doivent leur crédit à leurs rapports avec les causes habituelles de la maladie. Il ne peut être question de spécifiques contre l'ictère. L'étiologie de la maladie peut seule nous guider dans le choix à faire.

1o En première ligne se placent les évacuants, parmi lesquels on vante de préférence tantôt les sels neutres, particulièrement le calomel, tantôt les drastiques amers et végétaux, tels que la rhubarbe, l'aloës, la coloquinte, etc., etc. (Pas de salivation).

2o Après les purgatifs viennent les vomitifs constitués par

le tartre stibié et la racine d'ipécacuanha. (Cette médication demande beaucoup de prudence).

3° Les extraits résolutifs, comme l'extrait de triticum repens, de taraxacum, de chardon bénit, de chélidoine, qui doivent leur action aux sels et aux principes amers qu'ils contiennent.

4° Dans le catharre gastro-duodénal, le chlorate d'amoniaque et le tartrate double de potasse et de soude, etc.

5° Les narcotiques, comme la cigue, la belladone, la thériaque peuvent être employés avec succès, dans la forme d'ictère due à l'enclavement de calculs et aux constrictions musculaires de voies biliaires. Dans les autres formes d'ictère, leur action est très problématique.

6° Les acides, comme l'acide citrique, l'acide acétique, l'acide nitro-muriatique, et particulièrement l'acide azotique et l'eau régale.

7° Les alcalis.

8° Les eaux minérales.

Rapports de la phosphaturie avec certaines opérations chirurgicales,

Par M. le Professeur Verneuil.

Tel est le titre d'une étude que vient de faire le professeur Verneuil. Après la lecture sur la non-consolidation des fractures par le Dr A. T. Brosseau, que nous avons publiée dans le dernier numéro de l'*Union Médicale*, ce résumé de cette étude a parfaitement sa raison d'être ; il n'en peut être que le complément. Notre professeur et ami nous pardonnera de combler cette lacune dans son travail, lacune qui n'aurait pas existé, si le temps lui eut permis de le traiter plus longuement.

M. Teissier avait déjà en 1846 noté la curieuse coïncidence de certaines affections oculaires, de la cataracte en particulier avec le diabite nouveau qu'il introduisit dans le cadre nosographique, puis il cita alors les cas de trois phosphaturiques chez lesquels l'extraction de la lentille avait été suivie de conséquences tout à fait graves : d'où la double conclusion que cet état constitutionnel où les phosphates sont éliminés en excès, prédispose à l'opacité du cristallin, et nuit à la cure opératoire de la cataracte. L'influence d'une constitution semblable sur des affections chirurgicales d'un autre ordre ne tarda pas à

paraître évidente à M. Teissier; mais les faits cliniques lui manquaient: M. Verneuil eut l'avantage de pouvoir en recueillir quelques uns. Laissons parler le savant professeur.

En 1877, je fis une première constatation intéressante. J'avais opéré aux environs de Paris, dans de bonnes conditions d'hygiène et de bien-être, une dame jeune encore, passablement névropathique, mais qui ne paraissait atteinte d'aucune maladie constitutionnelle. La lésion était insignifiante, car il s'agissait d'un fibrome cutané du volume d'une noix, siégeant à la partie postérieure de la cuisse, et dont l'ablation avait été courte et facile. La plaie cutanée, à peu près circulaire, mesurait environ six centimètres de diamètre; une petite perte de substance avait été faite à l'aponévrose d'enveloppe; il avait fallu lier deux artérioles; puis, la plaie bien lavée avec l'eau phéniquée, avait été couverte, sans essai de réunion, par un pansement ouaté.

Je comptais absolument sur la bénignité des suites, ayant laissé d'ailleurs la malade entre les mains d'un jeune confrère qui m'inspirait la plus grande confiance. Cependant les choses ne se passèrent point aussi simplement. A son réveil d'une chloroformisation qui avait été laborieuse, la malade accusa de violentes douleurs et manifesta une grande agitation. Le soir, du sang ayant paru en assez grande abondance à la périphérie du pansement ouaté, celui-ci dut être enlevé. Une artériole donnait encore: elle fut liée; la plaie fut débarrassée des caillots et la ouate appliquée de nouveau.

Les jours suivants furent médiocrement bons; il y avait toujours des douleurs dans le membre, du malaise, de l'inappetence de la soif et un peu de fièvre.

Le quatrième jour je revins et j'examinai la plaie, qui avait mauvaise apparence et n'était pas encore en voie de détersion. Le pansement ouaté fut remplacé par le pansement antiseptique ouvert, qu'on renouvelait seulement trois fois dans les vingt-quatre heures, à cause de l'extrême sensibilité du foyer traumatique au moindre contact.

A ma seconde visite au huitième jour, je constatai un phlegmon sous-aponévrotique, remontant vers l'ischion et descendant vers le jarret, avec fièvre, rougeur, tuméfaction et vive sensibilité au toucher.

Les émollients, l'orguent napolitain belladoné, remplacèrent les applications phéniquées; un purgatif salin et le sulfate de quinine furent prescrits.

J'étais tellement surpris de la marche si mauvaise et si inattendue du travail local, que je me mis à chercher si quelque état constitutionnel ne m'avait pas échappé. L'interrogation

renouvelée ne m'apprit rien. Je me fis montrer les urines, qui depuis l'opération étaient fort troubles et laissaient au fond du vase un abondant dépôt. J'appris que le même phénomène se montrait assez souvent quand la malade avait quelque émotion vive ou quelque fatigue exagérée.

Cela n'avait rien de significatif. Je soupçonnais bien un diabète méconnu où une énorme surchage d'urates, mais évidemment l'analyse chimique devait passer par là. Mon jeune confrère, M. Dourlen, voulut bien s'en charger avec le pharmacien du pays. Ils reconnurent, sans dosage précis, il est vrai, que le dépôt était constitué par une quantité énorme de phosphates terreux. Cette recherche, répétée deux fois encore dans les jours suivants, donna les mêmes résultats. La malade était atteinte d'une phosphaturie dont, à la vérité, nous ne connaissions ni l'origine ni la durée, mais qui nous rendait compte, jusqu'à un certain point, de la perversion du travail réparateur.

Le phlegmon sous-aponévrotique suppura les jours suivants et forma un clapier au-dessous et au-dessus de la plaie. Une contre-ouverture fut pratiquée du côté de l'ischion et un drain fut passé. En bas, la position ou compression méthodique furent suffisantes ; mais il ne fallut pas moins de six semaines pour arriver à la fermeture de la plaie.

Pendant un mois encore la santé générale fut mauvaise ; cependant, dès que les phénomènes inflammatoires locaux furent amendés, je prescrivis les préparations de quinquina et d'arsenic, qui parurent agir favorablement. Les forces finirent par reparaître, mais Mme X... ne rentra dans son état normal que cinq mois au moins après sa minime opération.

Cette observation laisse évidemment à désirer au point de vue des analyses chimique ; je ne la donne que pour ce qu'elle vaut ; mais elle se rapproche évidemment, par la manière dont se comporta la plaie, des opérations de cataracte suivies de la fonte purulente de l'œil, et démontre que la phosphaturie influence très-défavorablement la réparation des plaies.

L'an dernier, M. Terrier, l'un de nos jeunes chirurgiens les plus au courant des progrès de la science, me communiqua un fait de nature à confirmer les prévisions de M. Teissier sur l'influence que peut exercer la phosphaturie sur la formation du cal.

Une dame atteinte d'une fracture de la partie supérieure de l'humérus avait été traitée en temps opportun et suivant les règles de l'art ; cependant la consolidation n'était point obtenue à l'époque ordinaire. Terrier ne trouvant à ce retard, aucune des causes indiquées par les classiques, fit faire l'analyse des urines, qui démontra l'existence d'une diabète phospha-

tique. Cette intéressante observation sera sans doute publiée avec tous ses détails.

Mais, cette anné surtout, le hasard m'a fourni une série de cas aussi nouveaux que curieux. J'ai pu d'abord faire un rapprochement de plus entre le diabète sucré et le diabète phosphatique.

Il est un phénomène rare signalé presque en même temps par M. Delore [de Lyon (1854)], et Éduard Zeis [de Dresde (1855)], mais dont il n'a guére été question depuis: je veux parler de la suppuration safranée ou orangée. Sous des influences restées jusqu'ici assez obscures, on voit apparaître à la surface de certaines plaies contuses du pus offrant une belle couleur orangée. Je n'avais jamais observé ce phénomène, quand il me fut donné de le constater sur une large échelle pendant le siége de la Commune; il m'avait paru à cette époque assez étroitement lié à l'alcoolisme. Plus tard, dans deux cas fort nets, je l'avais rencontré chez des diabétiques sobres. Enfin je viens tout récemment d'en recueillir deux nouveaux exemples chez des sujets qui ne boivent pas, n'urinent pas de sucre, mais en revanche, éliminent une grande quantité de phosphate. L'un de ces malades a présenté une fracture compliquée de la jambe; l'autre, encore couchée dans nos salles par les suites d'une large plaie du cuir chevelu, offre un type de polyurie phosphatique.

Je signale seulement ces deux faits, qui seront publiés dans une note en préparation sur le pus orangé et sa valeur séméiologique, et je passe à l'objet essentiel de ma communication, lequel est d'appeler votre attention sur les rapports que j'ai cru constater entre le nouveau diabète et certaines affections du squelette.

Je vous prie, Messieurs, de remarquer la réserve extrême avec laquelle je m'exprime, car, à mon grand regret, je ne puis que soulever des questions et non fournir encore des démonstrations concluantes.

Voici comment m'est venue l'idée des rapports susdits :

Fracture de l'humérus par contraction musculaire chez un jeune homme atteint l'année précédente d'ostéopériostite du fémur. Polyarie auec élimination augmentée des phosphates.

Le 27 février 1879, entrait dans mon service, salle Saint Louis, No 7, le nommé Frère, briquetier, âgé de dix-sept ans. Le matin même il s'était fracturé l'humérus dans les conditions suivantes. Il portait quatre briques ordinaires, fardeau peu lourd par conséquent, lorsque, les sentant glisser de ses

mains, il rapprocha vivement pour les retenir, les deux bras alors demi-fléchis. Il croit qu'en ce moment le bras droit exécuta un mouvement de rotation en dehors ; toujours est-il qu'il y ressentit une vive douleur et lâcha les briques ; le membre retomba pendant le long du corps.

Arrivé à l'hôpital, F...fut examiné par M. Leroux, interne du service, qui constata une fracture à la partie supérieure de l'humérus, entre le col chirurgicale et l'empreinte de l'oïdienne. Le bras fut placé dans une gouttière. Le lendemain je confirmai le diagnostic et fis mettre un appareil plâtré.

Je ne pus me défendre d'une certaine surpise en apprenant la manière dont l'accident était arrivé et en écoutant le récit fort net d'ailleurs du jeune patient.

Certes, je ne mets pas en doute les fractures par seule contraction musculaire en ayant observé à l'humérus même deux exemples concluants, à la vérité, chez des hommes fortement musclés ayant fait un violent effort. Mais ici je ne comprenais guère comment un simple rapprochement des bras avait pu fracturer l'humérus précisément dans sa portion la plus épaisse. Je me mis donc en quête d'une cause générale ou d'une lésion locale antérieure siégeant au point affecté.

Mon interrogatoire demeura sans résultat. F..., de petite taille, assez bien proportionné, pesant quarante-sept kilogrammes, ne souffrait nullement de ses bras avant l'accident. Bien que sa mère fut morte de la poitrine, il ne présentait aucun indice de scrofule, ni du reste d'aucune maladie constitutionnelle ; il affirmait au sur-plus jouir d'une santé excellente.

Toutefois il me rappela qu'il était entré déjà au service le 4 octobre 1877, pour une abcès sous-périostique de l'extrémité inférieure du fémur droit ayant présenté la marche aiguë ordinaire avec fièvre et douleurs violentes. J'avais pratiqué le drainage de l'abcès et conjuré ainsi les accidents. Plus tard, le 21 mars 1878, j'avais extrait un séquestre long de 15 à 16 centimètres comprenant la moitié environ de l'épaisseur de la diaphyse fémorale.

La guérison s'était rapidement effectuée, et F... avait quitté ma salle au mois de mai. Il avait, peu de temps après, repris ses travaux et les avait continués jusqu'à ce jour.

Cet antécédent me parut digne d'être remarqué. En effet, à défaut de tout état constitutionnel et de toute lésion locale à l'humérus fracturé je pouvais du moins noter que le système osseux avait été atteint déjà et peut-être il était moins solide que chez d'autres sujets. En d'autres termes, voyant ici une fragilité osseuse exceptionnelle, je me demandais s'il ne fallait pas la rapprocher de l'ancienne ostéopériostite et considérer

les deux affections comme dérivant d'une même cause, c'est-à-dire d'une même défectuosité du squelette.

Je pus bientôt substituer à cette vue hypothétique une motion plus précise et une explication plus satisfaisante. J'ai l'habitude d'examiner les urines de la plupart de mes malades, et surtout des blessés et opérés, la nature des dépôts me fournissant à chaque instant des indications précieuses. Le lendemain matin je vis donc, auprès du lit de F..., l'urinoir, d'une capacité de 750 centilitres, et qui venait d'être rempli par une seule miction. Cette quantité m'ayant paru extraordinaire, j'appris par le jeune-homme que depuis fort longtemps il s'était aperçu de cette augmentation, ainsi que d'une soif assez prononcée, le forçant, même en hiver, à boire deux ou trois fois entre chaque repas. J'ordonnai en conséquence de recueillir toutes les urines des vingt-quatre heures.

On obtint ainsi dans les jours suivants une quantité variant de 2,500 à 3,500 grammes, d'une urine claire, moyennement colorée et d'une assez forte densité. En présence de cette polyurie évidente, je fis immédiatement analyser les urines par un des meilleurs élèvrs de mon service, M. Leidié, interne en pharmacie. Elles ne renfermaient ni albumine, ni sucre, elles offraient la proportion à peu près normale d'urée, mais, en revanche, un excès de phosphates.

Voici le résultat de l'analyse faite le 3 mars :

Quantité totale de l'urine.....	3300gr00
Acide phosphotique par litre.....	0 63
Quantité totale pour la journée.....	2 10
Quantité correspondante des phosphates.	3 50

Cette constatation me parut d'une grande importance et féconde en aperçus nouveaux.

Elle permettait de croire que l'élimination exagérée des phosphates à l'âge même ou s'effectue le développement du squelette, était capable de diminuer la solidité osseuse, et ainsi se trouvait expliquée la fracture de l'humérus causée par un minime effort. Elle indiquait la nécessité de l'examen des urines dans ces cas encore si obscurs de fragilité des sujets exempts de toute maladie constitutionnelle et n'ayant pas davantage de prédisposition locale. Enfin, elle pouvait faire rentrer ces fractures quasi spontanées dans la régle générale qui veut que les os ne cèdent à la contraction moyenne des muscles que lorsque leur tissu est plus ou moins altéré.

Mais les causes de la polyurie phosphatique restaient à connaître :

M. Teissier a soigneusement examiné les influences pathologiques qui y prédisposent et noté, outre le régime alimentaire fortement azoté, la chlorose, la tuberculisation commençante et les troubles cérébraux. Mais je ne retrouvais aucune de ces causes chez mon jeune malade, qui vivait sobrement, comme le peut faire un apprenti briquetier, qui était intelligent, mais fort tranquille, et nullement exalté, qui n'avait point de chlorose et qui, bien qu'issu d'une mère poitrinaire, n'avait absolument rien de suspect dans les poumons.

Je songeai naturellement à faire intervenir les deux affections antérieures du système osseux, la fracture récente et l'ostéopériostite de 1877. Il eût été admissible qu'elle eussent, en vertu d'une action générale exercée sur le système osseux, provoqué une élimilation exagérée des phosphates. Mais ces suppositions tombaient d'elles-mêmes.

F..., en efiet, interrogé avec insistance, répondit catégoriquement qu'il était altéré et urinait souvent, longtemps déjà avant son premier séjour dans mon service, pour l'abcès sous-périostique. De sorte que si l'on voulait absolument trouver un rapport entre la phosphaturie et les affections osseuses, il fallait faire jouer le rôle de cause à la première et considérer les secondes comme de effets.

Je vais tout à l'heure revenir et m'appesantir sur ce dernier point; mais auparavant je terminérai l'observation du jeune garçon.

La fracture fut maintenue avec des attelles plâtrées et examinée pour la première fois le 25 mars. Elle paraissait en bonne voie de consolidation. Le cal, cylindrique, régulier, plutôt volumineux, était solide et seulement un peu sensible à une forte pression.

Deux jours après F... fit une chute dans laquelle le moignon de l'épaule porta. Une douleur assez vive fut ressentie au foyer de la fracture. L'appareil enlevé, nous vîmes une ecchymose à ce niveau, mais nous ne perçumes point de mobilité anormale.

A un nouvel examen fait le 5 avril, nous trouvâmes le cal un peu exubérant peut-être, mais indolent et solide, de sorte que la guérison nous parut complète. Au reste nous comptions trente-sept jours depuis l'accident, et s'il se fut agi d'un autre garçon du même âge, nous aurions trouvé ce résultat fort naturel. Il nous frappa seulement parce que la phosphaturie pouvait nous faire craindre un retard dans la consolidation.

Nous fîmes faire le 2 avril une nouvelle analyse des urines. Ce jour-là la quantité avait beaucoup baisé et l'acide phosphorique total était lui-même un peu moins abondant, quoique dépassant encore la moyenne. Au reste, voici les chiffres :

Totalité de l'urine pour ving-quatre heures..	1800gr00
Acide phoshorique par litre.....	1 05
— pour les vingt-quatre hrs..	1 90
Quantité correspondante des phosphates.....	4 65

Mais je reviens aux rapports du diabète phosphatique avec certaines maladies des os.

J'aurais peut-être hésité à vous signaler ce rapprochement, si, tout curieux qu'il soit, je n'avais eu que le fait précédent à ma disposition. Mais, par un hasard singulier, j'avais alors dans mon service (et ils y sont encore) deux autres jeunes garçons atteints d'affections osseuses, et tous deux polyuriques. Le premier ne rentre pas dans la catégorie des faits que j'étudie en ce moment; aussi n'en dirai-je que quelques mots.

C'est un garçon de vingt ans, faible, chétif, ne pesant pas tout à fait 50 kilogrammes, et qui est atteint de manifestations, scrofuleuses multiples du côté du squelette : spina-ventosa de l'index de la main gauche, ostéoarthrite du coudre droit. Au pied gauche, cicatrice peu solide d'une résection du premier métatarsien faite l'année dernière pour ostéite raréfiante et suppuration de cet os.

De temps immémorial cet enfant est polyurique, comme du reste plusieurs membres de sa famille; il rend par jour une moyenne de 12 litres d'un liquide absolument aqueux. L'analyse faite plusieurs fois a démontré ici une polyurie simple, sans prédominence d'aucun des produits solides de l'urine.

Voici celle que M. Leidié a faite le 5 avril.

Urine neutre.—Densité : 1,005.
Quantité totale : 13,500 grammes.
Urée : 0gr96 par litre = 13 grammes pour la journée.
Acide phosphorique : 0gr14 par litre = 1gr90 pour la journée.
Quantité correspondante des phosphates : 4gr75.
Ni albumine, ni sucre.

Soit dit en passant et pour servir à l'histoire future des rapports entre les polyuries et le traumatisme, l'opération pratiquée au pied, par mon élève et ami le Dr Richelot fils, n'a influencé en rien la polyurie et n'en a ressenti elle-même aucun contre-coup.

L'histoire de l'autre polyurique est beaucoup plus intéressante, à ce double point de vue que le diabète est manifestement phosphatique et que l'affection osseuse antérieure a été fort probablement, comme chez le jeune F..., une ostéopériostite aiguë.

Ostéopériostique traumatique à l'âge de sept ans. Polyurie phosphatique constatée neuf ans après.

Kneff (Pierre), seize ans, apprenti menuisier, entre à la Pitié le 21 janvier pour une douleur du coup-de-pied droit. C'est un garçon de taille moyenne, pesant 108 livres, assez bien constitué quoique pâle, et qui affirme s'être toujours parfaitement porté. Seul survivant de trois enfants et issu d'un père mort jeune de la poitrine, il n'a cependant jamais été malade et ne porte aucun indice de scrofule actuelle ni ancienne.

A l'âge de sept ans, il reçut à la partie inférieure de la jambe droite un coup violent; il en résulta une ostéite qui se termina par suppuration et formation de nombreux abcès. Les fistules se formèrent au bout d'une année environ. K... ne sait pas si des séquestres sont sortis.

Le membre, depuis cette époque, était resté un peu plus faible que l'autre, mais jamais douloureux. Dans ces derniers temps, toutefois, sous l'influence de fatigues exagérées, le coup-de-pied est redevenu sensible, et il se produit une déviation analogue à celle du valgus. La station tant soit peu prolongée provoque une grande lassitude, ce qui engagea le jeune garçon à entrer à l'hôpital.

Nous constatons à la partie inférieure et interne de la jambe les traces des anciens abcès, au nombre de cinq, et ne rappelant pas les cicatrices scrofuleuses. Le tiers inférieur du tibia est le siége d'une hyperostose considérable complétement indolente; les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont libres. La pression, en revanche, est douloureuse au niveau des articulations médio-tarsiennes; l'état général est très satisfaisant, et nous ne relevons aucun phénomène morbide.

Je recommande le repos, un appareil ouaté inamovible, et quelques toniques, à cause de la pâleur du visage.

Deux jours après j'examine les urines : elles sont pâles, claires, et leur quantité dépasse quatre litres par jour.

L'analyse faite le 25 janvier par M. Leidié donne les résultats suivants :

Quantité totale de l'urine	4500gr00
Acide phosphorique par litre.....	0 60
— pour 24 heures....	2 75
Quantité correspondante des phosphates	7 00

Une analyse faite dans le mois de mars donne des résultats un peu différents :

Quantité totale de l'urine	2500gr00
Acide phosphorique par litre	0 95
— pour le jour entier	2 25
Quantité correspondante des phosphates	5 50

Mais la quantité d'urine ne fut jamais aussi faible, et sur les quinze jours pendant lesquels on colligea le liquide excrété, j'en compte dix où il en fut rendu de 4,000 à 4,500 grammes.

La polyurie est donc évidente; il en est de même de la phosphaturie si l'on s'en rapportait à certaines moyennes fournies par les auteurs étrangers, et fixant à 3 grammes et au-dessus le total de l'acide phosphorique éliminé quotidiennement. Mais d'après les renseignements que j'ai recueillis auprès des chimistes français, et en particulier près de notre nouveau collègue M. Armand Gauthier, cette moyenne est au moins d'un tiers trop élevée pour les adultes de nos hôpitaux, pesant en moyenne 75 kilogrammes, faisant peu d'exercice et recevant une alimentation médiocrement azotée. Si 2 grammes d'acide phosphorique sont à peine rendus par eux, nos jeune sujets sont phosphaturiques quand ils en éliminent 2 gr. 10, 2 gr. 15 et 2 gr. 75.

Quant à l'origine de la maladie, nous ne pûmes obtenir ici le moindre renseignement. Kneff ignorait absolument qu'il urinât trop abondamment; il mangeait modérément, ne se croyait point altéré, bien qu'il bût un pot et demi ou deux pots de tisane. J'ai sous les yeux le relevé des boissons ingérées; elles atteignent à peine la moitié des urines rendues, et d'ailleurs les sommes des fluides ingérés et excrétés ne se correspond point exactement.

En ce qui concerne les causes de la phosphaturie, elles sont aussi obscures que dans le premier cas. Je relève toutefois cette circonstance que Kneff, comme l'autre polyurique, est issu d'un poitrinaire.

Il résulte de ces faits que le dosage des phosphates éliminés par les urines doit entrer dans le domaine de la pratique, puisqu'ici nous avons une relation intime entre la phosphaturie et l'ostéite ou l'ostéopériostique. Comme on le voit, M. Verneuil, ne tire pas une conclusion qui serait peut-être trop prompte, et ne bâtit aucune théorie; il se contente de signaler ce que la clinique a mis sous ses yeux pour que nous en fassions tous notre profit, si la clinique d'un chacun vient confirmer la sienne.

L'excrétion exagérée des phosphates dans la rachitisme et l'ostéomalasie devait conduire Messier et Verneuil aux recherches qu'ils ont faites. Quoi de plus naturel en effet que de supposer que dans les affections morbides autres que la rachitesine et l'ostéomalasie, il doit y avoir des variations dans le mouvement général des phosphates, c'est-à-dire dans l'assimilation et la désassimilation de ces sels.

Dans la non-consolidation des fractures, les phosphates terreux étant en trop grande quantité, est-il permis de supposer

que leur assimilation étant plus normale le travail réparateur se fera plus facilement.

S'il est logique de penser, nous dit en terminant le prof. Verneuil, que les affections d'un organe ou d'un système jettent dans le sang ou lui soutirent certains matériaux caractéristiques au point de vue chimique, tout indique que les affections osseuses tant soit peu étendues modifieront la cause phosphatique et que l'écho de cette modification retentira jusque dans la composition des tissus.

Réciproquement, comme il est avéré que le défaut, aussi bien que l'excès dans notre économie d'un principe immédiat quelconque constitue une influence pathogénique des plus puissantes, il est certain qu'on découvrira des affections osseuses reconnaissant pour cause directe le défaut ou l'excès des phosphates. L'avenir est aux découvertes et à la solution des plus intéressants problèmes.

Le *Mouvement Médical* publie en entier le travail du prof. Verneuil.

Ville St. Henri. SÉVERIN LACHAPELLE, M.D.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Du traitement thérapeutique des tuberculeux; par le professeur PETER, médecin de la pitié.—(*Suite*)—Le tuberculeux rejette ou peut rejeter par la toux : 1° des *crachats* perlés, globuleux, striés parfois de points noirs et venant des glandules hypertrophiés du pharynx et du vestibule laryngé, régions qui sont souvent atteintes d'une phlegmasie chronique que l'on a désignée sous le nom d'angine " granuleuse " (ou mieux " glanduleuse "); 2° des crachats également perlés, moins régulièrement globuleux que les précédents, parfois étalés ou déchiquetés, parfois encore striés de lignes jaunâtres, et qui ne sont autres que le produit de sécrétion des glandules de la muqueuse de la trachée-artère, plus ou moins chroniquement enflammée.

Ces deux sortes de crachats n'ont aucune espèce d'importance. Ils sont absolument indépendants de la tuberculisation

des poumons. Il en est d'autres, au contraire, qui tiennent à cette tuberculisation même, soit par action de voisinage, soit par lésion directe. Je veux parler par des crachats de la bronchite et de ceux des excavations tuberculeuses. Nous avons vu que le tubercule provoquait, à un certain moment de son évolution, une hypérémie rayonnant jusque sur un territoire anatomique absolument différent par la structure comme par les fonctions, je veux dire sur le territoire de la membrane muqueuse des bronches. Eh bien, cette hypérémie, rayonnant du tubercule (qui siège dans les poumons) jusque sur la membrane muqueuse (qui n'est nullement tuberculisée), provoque tous les degrés de la sécrétion ; depuis une sorte de salivation des bronches, jusqu'à la production d'un mucus plus épais, simple encore et purement catarrhal, jusqu'à celle enfin d'un mucopus, où les leucocytes prédominent sur les globules de mucus.

Cette sécrétion, surtout celle de la dernière espèce, est une cause de spoliation pour l'organisme, et à ce titre elle doit être combattue. Nous verrons tout à l'heure comment on le peut faire.

En dernier lieu enfin, le tubercule provoquant autour de soi une phlemasie de nature ulcéreuse, il en résulte le rejet de crachats où le pus prédomine et qui contiennent, comme nous l'avons vu, des débris fibreux du poumon nécrosé ; c'est le pus des cavernes, lequel se distingue des crachats mucoso-purulents, dont nous venons de parler tout à l'heure, par sa tendance à s'étaler en nappe, au lieu de présenter cette disposition vermicellée que l'on peut constater, soit directement dans les crachats d'aspect dendritique, soit indirectement dans les crachats conglomérés et qu'un filet d'eau projeté sur eux permet de dissocier facilement.

Thérapeutiquement les crachats des deux premières espèces, quelque bruit qu'on en puisse faire, sont sans importance. Tout au plus indiquent-ils la disposition herpétique ou scrofuleuse du sujet, mais ils sont sans relation directe avec le tubercule. Il n'en est pas ainsi des crachats d'origine bronchique, comme de ceux d'origine pulmonaire. De ceux-là il faut se préoccuper.

C'est surtout sur la sécrétion des cavernes qu'il importe d'agir ; attendu que cette sécrétion n'est pas mucoso-purulent comme celle des bronches, mais nécessairement purulente, et qu'une telle sécrétion est doublement malfaisante par la spoliation qu'elle entraîne comme par la résorption qu'elle implique. Et quelle résorption ! Il faut concevoir, en effet, que la paroi sécrétante est vasculaire, et que, comme telle, elle absorbe. Il faut concevoir, d'autre part, que le pus sécrété réunit par son

séjour dans la cavité caverneuse les deux conditions les plus favorables à la putréfaction—et à la putréfaction hâtive—le contact permanent de l'air et l'élévation de la température.

Ainsi la paroi caverneuse ne résorbe pas du pus simple, mais du pus en voie de putréfaction. D'où cette petite fièvre *putride*, qu'on voit survenir chez les tuberculeux à vastes cavernes, et qui s'ajoute à la fièvre tuberculeuse, quand elle existe, ou à celle de suppuration.

D'où, enfin, la nécessité thérapeutique de modifier la nature et de diminuer l'abondance de cette suppuration, sinon de la tarir. Et c'est ici (disons-le d'avance) que les eaux sulfureuses sont toujours utiles et souvent triomphantes.

C'est donc contre l'expectoration bronchitique et caverneuse que l'on a dirigé tous les moyens d'action empruntés aux balsamiques et aux substitutifs. C'est contre eux que l'on a donné les résolutifs ou prétendus tels.

Parmi les balsamiques, les meilleurs sont encore les moins offensants pour l'estomac : le sirop de tolu associé au sirop de térébentine à la dose de 30 grammes de chaque par jour, pris dans trois tasses d'infusion de bourgeons de sapin, ou encore l'eau de goudron légère et sucrée avec ce sirop.

On a conseillé la sève de pin maritime à la dose d'un à deux verres par jour.

M. Gimbert et M. Bouchard ont préconisé la créosote du goudron de hêtre; on peut la donner sous forme de vin, dont chaque cuillerée à soupe contient 20 centigrammes de créosote. Chaque cuillerée est prise dans un verre d'eau sucrée. La créosote peut être encore administrée dans l'huile de foie de morue. Sous son influence, quand la créosote est tolérée, il y a parfois une augmentation réelle de l'appétit, une activité plus grande des digestions, et un retour de l'embonpoint avec augmentation du poids du corps. Malheureusement, j'ai vu des faits de cette nature ne pas persister, et l'intolérance pour la créosote en même temps que de la gastralgie survenir ; de sorte que ce médicament, qui a une valeur réelle, est encore limité dans son emploi et ne peut guère être donné d'une façon continue qu'aux estomacs vigoureux.

En réalité, il se pourrait bien que la créosote n'excitât l'appétit momentanément qu'en irritant légèrement l'estomac (comme il arrive à la suite de l'excitation de ce viscère, au lendemain d'un fort repas, par exemple) ; et, pendant tout le temps que dure cette excitation artificielle, l'appétit est plus vif, les digestions sont plus actives, l'amaigrissement s'arrête et l'embonpoint même peut revenir avec augmentation du poids du corps. Mais bientôt surviennent la fatigue stomacale,

puis consécutivement l'anorexie et la dyspepsie. De tels faits, j'en ai vu.

On peut donner encore, pour calmer la toux et diminuer quelque peu l'expectoration, la glycérine;—la glycérine chimiquement neutre,—par cuillerée à soupe, deux à trois par jour, soit pure, soit étendue d'eau. J'ai vu la glycérine parfaitément acceptée par les malades et tolérée par l'estomac; à ce double titre, et parce qu'elle est un corps gras, elle peut être substituée à l'huile de foie de morue, alors que celle-ci est refusée par les malades ou leur estomac.

Lorsque l'expectoration est accompagnée d'un peu de fièvre, ou même sans qu'il y ait de fièvre, elle est avantageusement modifiée par l'emploi du kermès, à la dose de 2 à 5 ou 10 centigrammes par jour, donnés par cuillerée de julep, dont chacune contient 1 à 2 centigrammes de kermès minéral.

Ainsi, je conseille parfois deux, trois ou quatre de ces cuillerées par jour: le matin, au milieu du jour, le soir et pendant la nuit; ou bien encore on peut donner le kermès par petites pilules, dont chacune contient 1 à 2 centigrammes de kermès.

Un homme qu'on ne saurait trop citer à propos de thérapeutique, et surtout quand il s'agit des tuberculeux, M. Fonssagrives, considère la médication thermo-sulfureuse dans la phthisie pulmonaire comme "prodigieusement utile" et il ajoute qu'il y a une "confiance extrême." Suivant l'éminent thérapeute, le traitement hydro-sulfureux met l'économie dans des conditions telles que les productions tuberculeuses ne s'accroissent pas; il modifie, ou même fait disparaître l'expectoration; enfin peut-être favorise-t-il la cicatrisation des cavernes peu étendues en tarissant la sécrétion purulente.

Ce seraient là de bien beaux résultats; mais n'y a-t-il pas des réserves à faire, et cela dans l'intérêt même de la médication?

Les eaux sulfureuses peuvent faire du bien à certains tuberculeux, être inutiles à quelques uns, nuisible à d'autres. Il faut donc s'entendre scrupuleusement à ce sujet, voir, en d'autres termes, quand elles sont bonnes et quand inutiles ou mauvaises.

Les eaux sulfureuses diminuent l'abondance et modifient la nature de l'expectoration mucoso-purulente ou purulente. Voilà le fait, chez les catarrheux comme chez les tuberculeux, et, disons-le tout de suite, chez les tuberculeux parce que, et exclusivement parce que, catarrheux. Ce qui revient à dire que les eaux sulfureuses sont indiquées et ne le sont réellement que chez les tuberculeux qui crachent.

Le catarrhe bronchique, provoqué à l'aide d'une hypérémie de voisinage par la granulation tuberculeuse, peut donc être,

et est en réalité, avantageusement modifiée par les eaux sulfureuses en tant que sécrétion catarrhale : mais indépendamment il faut savoir le reconnaître, de toute action antituberculeuse. Si les eaux sulfureuses modifient, et elles le font, la sécrétion catarrhale des bronches, elles la modifient chez le tuberculeux comme elles le feraient chez le scrofuleux, l'herpétique, l'arthritique, ou plus simplement le catarrheux, et par un mécanisme identique, qui est l'action *substitutive.*

Que le mode d'action des eaux sulfureuses soit tel, cela est bien connu et démontré à ciel ouvert pour les maladies cutanées. Le fait est banal à l'hôpital Saint-Louis et admis dans les thermes pyrénéens. C'est par cette action toute topique des eaux sulfureuses sur la peau qu'elles peuvent servir de pierre de touche à la syphilis torpide ou larvée. Eh bien, ce mode d'action, ces eaux l'exercent sur les membranes muqueuses chroniquement enflammées, et c'est ainsi qu'elles agissent d'une façon bienfaisante sur les affections catarrhales chroniques des voies digestives ou respiratoires. Mais, qu'on le remarque bien, l'action n'est exercée que sur le catarrhe et non sur la tuberculose; sur le catarrhe, dis-je, élément *surajouté,* et non sur l'élément morbide primitif, le tubercule.

Maintenant, si l'en veut entrer plus intimement dans le mécanisme thérapeutique des eaux sulfureuses, il me paraît que leur action sur la peau nous éclaire sur leur mode d'action relativement aux membranes muqueuses. La peau est, en effet, une membrane de revêtement externe de l'organisme, comme les membranes muqueuses en forment le revêtement interne ; or l'action sur la peau est doublement topique. Les eaux sulfureuses irritent la peau directement et extérieurement par action *de contact;* elles l'irritent directement encore, mais de dedans en dehors, par le *passage* à travers la peau, quand elles sont éliminées, ayant été prises à l'intérieur. C'est de cette façon que les membranes muqueuses sont irritées par les eaux sulfureuses, c'est-à-dire de dedans en dehors, par le passage des gaz sulfureux, pendant l'acte éliminatoire, ces eaux ayant été préalablement prises en boisson. Eh bien, cette irritation substitutive et bienfaisante pour la peau chroniquement enflammée comme pour la membrane muqueuse chroniquement affectée de catarrhe peut être salutaire, et en tout cas sans inconvénient, au moins pour la membrane muqueuse, quand le catarrhe dont elle est affectée n'a pas pour point de départ un tubercule au voisinage. Mais, si l'on songe un instant que ce catarrhe est causé par les tubercules auxquels il confine ; que ce sont ces tubercules qui, par hypérémie de voisinage, ont produit la phlegmasie catarrhale dont l'hypérémie a été le

premier terme; que cette hypérémie a pu être et est souvent l'occasion d'une hémoptysie, on comprend qu'il ne soit pas toujours sans inconvénient de provoquer une hypérémie subtitutive sur cette membrane muqueuse qui ne demande qu'à saigner de par ses tubercules de voisinage.

En dehors donc des conditions d'expectoration abondante par catarrhe bronchique ou sécrétion caverneuse, les eaux sulfureuses ne sont pas nettement indiquées chez les tuberculeux. Elles n'ont de prise que sur l'élément catarrhal ou sécrétoire *surajouté*, et n'agissent qu'en vertu d'une irritation substitutive; laquelle peut constituer presque un danger, en ce sens qu'elle peut aller jusqu'à provoquer une hémoptysie. Et c'est là le côté litigieux des eaux sulfureuses. A ce sujet, d'ailleurs, il faut s'entendre et ne pas jouer sur les mots.

L'hémoptysie n'est pas toujours un mal chez les tuberculeux, en cela qu'elle est la *crise* d'une hypérémie périphymique considérable, mais la crise d'une hypérémie *spontanée*. Alors, en effet, le malade éprouve du soulagement. Il avait deux causes d'oppression, ses tubercules et l'hypérémie de voisinage : l'hémoptysie fait disparaître celle-ci ; il ne lui reste plus alors que ses tubercules : il respire donc nécessairement mieux, et et ce mieux-être respiratoire, il le doit au désencombrement du parenchyme par la disparition du trop-plein vasculaire. Les choses sont tellement ainsi, que la température morbide *locale* baisse de 1 à 2 degrès à la suite d'une hémoptysie, c'est-à-dire de la quantité environ dont elle s'était élevée avant l'accident, et par le fait même de l'hypérémie génératrice. Cela résulte de mes recherches sur les températures morbides locales.

Mais, si l'hémorrhagie est alors incontestablement une crise bienfaisante, parce qu'elle juge une hypérémie et remet le parenchyme pulmonaire en état de mieux respirer, il ne s'ensuit pas qu'il soit bon de la provoquer, je veux dire de provoquer l'hypérémie qui l'engendrera ; car, même spontanée, même critique, l'hémoptysie est une spoliation, c'est une perte pour l'organisme du tuberculeux. Or, les eaux sulfureuses n'agissent que par voie de substitution : soit sur la peau, soit sur les membranes muqueuses d'élimination de l'hydrogène sulfuré (muqueuse respiratoire ou muqueuse digestive); elles ne font bien que par l'irritation locale et de contact, qui fait passer momentanément le mal chronique torpide à un état aigu curable. Dans le cas de maladie inflammatoire chronique des bronches, la chose est évidente et le bienfait certain ; mais, au cas de tuberculisation pulmonaire, il n'en saurait être ainsi : l'hypérémie surajoutée est hors d'état de SE SUBSTITUER au tubercule ; elle *le complique*. L'hypérémie locale, résultant

du passage, à travers la trame du poumon, du soufre contenu dans les eaux sulfureuses, ne peut pas plus fondre les tubercules que les engendrer; elle est inerte quant à eux. Mais, nous l'avons vu par surcroît, tout le mal dans la tubèrculisation vient de l'hypérémie consécutive : c'est elle qui fait l'hémorrhagie, comme elle fait la phlegmasie, ulcéreuse ou non. A quoi bon donc la provoquer ou s'exposer à l'engendrer, cette hypérémie redoutable et jamais salutaire? Et peut-on dire qu'on a fait du bien parce qu'une hémoptysie est venue mettre un terme à une congestion qu'on avait excitée par la médication?

Sans aller jusqu'à dire (mais quelques-uns n'en vont pas loin) que les sulfureux sont un spécifique de la tuberculose, on leur a attribué une action thérapeutique d'élection pour les voies respiratoires, et l'on a donné de ce fait une explication scientifique qu'il est bon d'analyser. Le point de départ, la base même de cette explication, est l'élimination des gaz sulfureux par la membrane muqueuse des voies respiratoires; d'où l'on a conclu à une sorte d'affinité élective de ces gaz pour cette muqueuse et à l'affinité thérapeutique consécutive. Voyons donc ce qu'il en peut être, et de cette affinité élective, et de cette élection thérapeutique.

Toute substance gazeuse et volatile contenue dans le sang tend à s'éliminer par les voies qui lui sont offertes. Les voies d'élimination les plus habituelles sont les voies aériennes; mais les voies digestives jouent également ce rôle éliminateur.

Pour s'en tenir aux voies aériennes, l'acte respiratoire n'est, au fond (on le sait de reste), qu'une échange de gaz par exosmose et endosmose. Tout gaz contenu dans le sang s'en échappe par cette issue. Le gaz hydrogène sulfureux ne fait pas exception; il en est de lui comme de l'acide carbonique. Mais il en est des vapeurs alcooliques ou de tout autre fluide gazéiforme comme de ces deux gaz. Or, est-il jamais venu à l'esprit de personne de dire, au point de vue physiologique, que l'acide carbonique eût une affinité d'élimination par la membrane respiratoire? ou que, réciproquement, au point de vue thérapeutique, l'élimination d'acide carbonique par cette membrane dût être un moyen de curation pour ses maladies? Autant vaudrait dire, en effet, que l'exhalation des vapeurs alcooliques, laquelle est incontestable par la même membranne, est une cause de guérison pour celle-ci, et qu'il en est ainsi de l'élimination de tout fluide gazéiforme par le poumon! La question ramenée à ces termes, le non-sens saute aux yeux. Eh bien, ce qui n'est pas vrai de l'acide carbonique ou des vapeurs d'alcool, ne l'est pas davantage de l'hydrogène sulfuré. Il y a là un acte *physique* nécessaire, aveugle, indifférent, s'accom-

plissant pour toute espèce de gaz ; il n'y a pas là un acte *physiologique*, particulier, sélecteur, acceptant ou refusant telle ou telle substance par affinité ou antagonisme ; il n'y a pas là, *à fortiori*, d'acte *thérapeutique* s'accomplissant en vue d'une curation possible.

Du reste, les partisans mêmes de la spécificité d'action des eaux sulfureuses sur la menbrane muqueuse respiratoire et en particulier sur le poumon tuberculeux, reconnaissent que ces eaux peuvent provoquer et provoquent en effet souvent le catarrhe intestinal. Si elles le provoquent, c'est évidemment par hypérémie ; et si elles engendrent cette hypérémie préalable et incontestable sur la membrane muqueuse de voies digestives, c'est donc qu'elles n'ont pas une affinité exclusive pour la menbrane muqueuse des voies respiratoires ; c'est donc enfin qu'elles ont encore moins cette affinité pour le tubercule pulmonaire, qui siège, lui, absolument en dehors du territoire bronchique, sur un territoire anatomique histologiquement et vasculairement distinct.

Oui, les eaux sulfureuses ont une action incontestablement salutaire au cas de sécrétion catarrhale bronchique abondante. Oui, elles sont également bienfaisantes dans le cas de sécrétion purulente par les parois d'une caverne plus ou moins étendue. Mais l'écueil, c'est encore dans l'irritation qu'elles peuvent provoquer, et qui, dépassant le mode substitutif, peut aller jusqu'à déterminer une hémorrhagie.

Ainsi les eaux sulfureuses peuvent être bienfaisantes et le sont en effet quant à l'élément catharrhal surajouté à la tuberculisation pulmonaire, ou quant à la sécrétion purulente des cavernes tuberculeuses. Mais si les eaux minérales sulfureuses agissent ainsi d'une façon salutaire sur un élément morbide de la tuberculisation pulmonaire, je veux dire le catarrhe ; ou sur la sécrétion pululente consécutive aux excavations pulmonaires ; il s'ensuit que là où il n'y a pas de catarrhe, là où il n'y a pas de cavernes, leur emploi n'est pas indiqué ; c'est-à-dire, en d'autres termes, qu'elles ne sont pas nécessaires au début de la tuberculisation des poumons, alors qu'il n'existe encore que des granulations, et que ces granulations n'ont encore provoqué aucune sorte d'hypérémie, circonférentielle ou de voisinage. Je dirais même volontiers qu'elles peuvent, en pareil cas, devenir nuisible par le fait de l'élimination des gaz sulfureux par l'appareil respiratoire, l'*irritant sulfureux* s'ajoutant alors à l'*irritant tuberculeux*, de manière à provoquer l'hémoptysie.

Cependant, il n'est pas douteux que, dans le cas de tuberculisation pulmonaire commençante, le séjour dans les thermes

sulfureux ne soit salutaire à plus d'un tuberculeux *citadin;* mais cet incontestable bienfait est peut-être autant le résultat de l'air que de l'eau; le changement de milieu et l'hygiène meilleure ont peut-être aussi manifestement agi que les thermes.

En effet, les eaux sulfureuses, administrées à l'intérieur, peuvent produire une sorte de "remontement général," pour employer l'expression de Bordeu, et ici bien évidemment ces eaux n'ont qu'une action constitutionnelle, sans nul effet sur les tubercules pulmonaires; mais cette action stimulante et tonique (qui, pour quelques-uns, pourrait enrayer la tuberculose) n'est obtenue qu'en même temps qu'une excitation directe et nécessaire de l'appareil respiratoire. Or, cette excitation (nous l'avons vu) n'est pas sans danger; par conséquent, tout modificateur général qui pourrait produire ce remontement, sans exciter la muqueuse broncho pulmonaire comme les eaux sulfureuses, serait au moins égal, sinon préférable à celles-ci.

Sincèrement, c'est à la fois rendre service aux médecins et justice aux eaux sulfureuses que de déterminer les cas où elles peuvent produire d'évidents bienfaits et ceux où au contraire, elles peuvent être une occasion de danger; et c'est ce que je m'efforce de faire ici.—*Bulletin général de thérapeutique.*

(*à continuer.*)

—

Quelques considérations sur la nature et l'étiologie de la chloro-anémie.—L'anémie n'est pas une maladie essentielle. Elle ne doit être considérée que comme un syndrôme. C'est donc à tort que les Allemands ont voulu faire une affection protopathique de ce qu'ils ont nommé l'*anémie pernicieuse,* qui ne diffère des autres anémies que par sa gravité.

On sait décrire ces anonémies, mais il serait impossible de les définir. On ne peut rien non plus contre elles, tant qu'on n'est pas remonté à leur cause.

Les premières données hématologiques sur l'anémie remontent à Dumas. Ce n'est que 20 ans après qu'ont été faites les expériences d'Andral et de Gavarret, qui ont jeté un certain jour sur la question.

Ces médecins éminents ont établi un fait vrai dans la grande majorité des cas. C'est la diminution des globules sanguins, particularité qui a fait donner à cet état morbide le nom d'*hypoglobulie.* M. G. Sée lui-même a décrit une altération du sang,

constituée par une diminution de l'albumine et de la fibrine. Cette anonémie dont la gravité est extrême, est une conséquence de privations ou d'abondantes pertes de sang.

La lumière est loin d'être faite sur toutes ces questions concernant l'hématologie. Ainsi, on a considéré l'hypoglobulie comme caractéristique de la chlorose et de l'anémie. Or, il est de ces affections dans lesquelles le nombre des globules n'est pas sensiblement diminué.

M. Hayem, qui s'est surtout occupé de ces sortes de recherches, a prétendu que, quand les globules du sang ne sont pas en quantité normale, leur matière colorante, l'hémoglobine, s'y trouve en moindres proportions.

Vingt-cinq ans auparavant, Welker s'était livré aux mêmes recherches, et avait imaginé, dans le but d'élucider la question, la *méthode* dite *colorimétrique*. Il délayait du sang normal et du sang anémique avec une proportion déterminée d'eau. La différence de coloration lui permettait d'établir approximativement la richesse variable du fluide sanguin en hémoglobine.

Cette théorie ne résiste pas à l'examen des faits les plus vulgaires. Il est des chlorotiques qui ont de si fraîches couleurs, qu'on a fait de ces cas particuliers une variété de la chlorose, qui a été dénommée *chlorosis fortiorum*. Au commencement de l'affection, ce signe ne présente pas la moindre valeur. On en peut dire autant des souffles vasculaires, de l'oppression causée par le mouvement, l'ascension. Ces symptômes peuvent très bien manquer. Il y a même quelques affections dans lesquelles les globules rouges peuvent être conservés, bien que les malades présentent l'aspect le plus caractéristique de la chlorose et de l'anémie. Il en est ainsi, par exemple, dans la leucocythémie.

Mais M. Hayem est un esprit ingénieux. Pris en défaut au double point de vue du nombre et de la couleur des globules, il s'est rejeté sur leur volume et leur déformation. Il a constaté dans l'anémie, une multitude de globulins, globules minuscules, impropres à absorber l'oxygène. Malheureusement, on a trouvé dans les fièvres et dans une foule de maladies, ces globulins en plus grande quantité encore que dans l'anémie. La microcythémie se retrouvant dans l'état pyréthique et dans diverses affections, ne saurait donc être considéré comme caractéristique de l'anémie.

La théorie de la déformation des globules n'a pas plus de valeur à ce point de vue, car cette déformation s'observe dans une foule d'autres cas.

Il est évident que la chlorose en plein développement s'accompagne d'altérations sensibles du sang. Mais, au début de

l'affection, on ne trouve rien de semblable. C'est cette considération qui avait porté Becquerel à émettre cette opinion, que la chlorose doit être considérée comme une névrose.

Un médecin de Leipsick a dit avec vérité que, dans les cas où l'altération du sang n'est pas bien prononcée, il fallait rechercher la cause de la chlorose dans les organes formateurs de ce fluide. Or, quels sont les organes hématopoiétiques ? Ce sont: la rate, en premiére ligne, puis le foie, enfin, tout le système ganglionnaire lymphatique et lymphoïde, depuis les amygdales, jusqu'aux glandes de Peyer et de Brunner.

Il y a dans tous ces organes des modifications fonctionnelles et texturales qui exercent une influence incontestable et incontestée sur la formation des globules. La physiologie fonctionnelle même de ces organes varie à tout instant. Après un bon repas, les globules se forment avec plus d'abondance qu'à la suite de l'ingestion des aliments peu alibiles. Les mêmes remarques sont applicables aux bonnes conditions hygiéniques et climatériques.

On comprend, d'après ceci, combien les affections de ces organes, en en rendant le fonctionnement défectueux, exercent une influence extrême sur la constitution du sang. Pour s'en convaincre, il suffit de considérer notamment ce qui se produit chez les malades qui portent le *gateau de la rate* et dont le facies traduit le profond état de misère constitutionnelle.

Avant tout, il faut donc s'efforcer de remonter à la cause de l'anémie. Ces causes peuvent être réparties en trois groupes :

1er GROUPE.—Dans le premier groupe se rangent les anémies *par déperdition.* C'est dans cette catégorie que se répartissent les anémies occasionnées par des déperditions de liquides, et principalement par des pertes du sang.

2e GROUPE.—Dans un second groupe viennent se ranger les anémies dues aux privations ou à une alimentation impropre, malgré son abondance, à suppléer aux pertes subies par l'organisme.

Pour entretenir l'équilibre, il faut respirer un air renouvelé, convenablement oxygéné, et ingérer des aliments suffisamment riches en matières potéiques et hydrocarburées. A ce dernier point de vue, la famine d'Irlande fournit un exemple saisissant des funestes effets d'une alimentation qualitativement insuffisante. Mangeât-on chaque jour un kilogramme de pommes de terre, que la somme de la recette resterait bien inférieure à celle de la dépense.

Ce n'est pas tout. Il ne suffit pas de faire usage d'aliments de premier choix. Il faut encore que ces aliments soient bien assimilés. Les dyspepsies, quelle que soit leur nature, aboutissent forcément à un déficit de recette ou de profit.

3e GROUPE.—A la troisième catégorie appartient l'anémie constitutionnelle. La dépréciation organique tient à des causes morbides internes ou externes. Un individu peut devenir anémique lorsque certains parenchymes deviennent malades. Il y a des anémies de causes toxiques et diathésiques.

Un type de l'anémie par intoxication, c'est l'*infection palustre*. Lorsque le poison puludéen a porté sur la rate sa funeste influence, cet organe s'altère, ainsi que le foie et tous les autres organes. C'est là un type de maladie *totius substantiæ*.

Les mêmes effets se produisent dans l'*anémie* de la *cachexie saturnine*.

La *cachexie syphilitique* produit de non moins désastreux effets. Un sujet contracte un chancre; le teint devient pâle; le visage se défait; les forces sont anéanties. Par l'entremise du système ganglionnaire lymphatique, tout le sang ne tarde pas à être altéré. Vient-on, en pareil cas, à analyser le fluide sanguin? On constate une diminution considérable des globules.

Les jeunes gens guérissent de la vérole par l'emploi du mercure. Mais les vieillards qui en sont atteints tombent comme des châteaux de cartes.

A ce propos, M. G. Sée rappelle le fait d'un vieux sénateur, qui lui avait été adressé en consultation par son médecin ordinaire.

Ce vieillard, âgé de 69 ans, présentait un souffle au cœur et était plongé dans un état de déchéance profond, dont ne parvenait pas à se rendre compte l'excellent clinicien. L'âge, les opinions, les habitudes du malade semblaient de nature à écarter des soupçons que M. G. Sée se serait bien gardé de formuler. Désirant s'en éclaircir, il s'adressa au médecin traitant, qui déclara que son malade avait une ulcération à la langue. La prétendue ulcération n'était autre chose qu'un chancre! Le vieux sénateur était attaqué d'une effroyable anémie syphilitique. Le traitement a duré plus d'un an. Ce malade a succombé plus tard à une maladie de cœur.

Il faut bien le savoir: les vieillards ne résistent pas à la vérole.

Toutes les diathèses engendrent l'anémée. Parmi les plus fréquentes, il faut citer les diathèses cancéreuses et tuberculeuses.

Voilà donc trois groupes très distincts d'anémie. En présence d'un cas de cette nature, il faut passer en revue chacun de ces groupes, et ne prononcer le nom de chlorose et d'anémie que quand on n'a pu arriver à découvrir aucune autre cause de cet état morbide.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

Un anthidote précieux, dans l'empoisonnement par l'arsenic.—Les deux faits suivants ont été communiqués à l'académie de médecine de Richemond, par le Dr Crenshaw.

Deux petites filles, pour faire la dinette, avaient confectionné, avec de la farine de froment, de petits gâteaux dans lesquels elles avaient ajouté, par erreur, un petit paquet contenant: de la mort aux rats (acide arsénieux). Des symptômes d'empoisonnements éclatèrent presque aussitôt, et le Dr Crenshaw fut appelé. Il commença par prescrire de l'émétique, puis, en vue de neutraliser le principe toxique, il fit prendre aux enfants du thé dans lequel il ajouta une forte dose de fer dialysé. Son choix se basa sur la grande solubilité des gouttes martiales et sur la grande tolérance de l'estomac pour ce médicament.

L'événement répondit pleinement à l'attente du Dr Crenshaw. Dès le lendemain, les petites malades, parfaitement remises de leur accident, retournaient à l'école.

Ces deux faits méritent d'être retenus. L'empoisonnemnet par l'arsenic s'accompagne d'une inflammation du ventricule. Il faut se garder d'augmenter la phlegmasie par l'administration d'un antidote doué d'une action irritante. C'est parce que le fer Bravais est doué d'une action rapide et sure, en raison de sa grande solubilité, que sa neutralité lui assure une innocuité absolue, même à forte dose, qu'il peut, dans ces graves conditions, rendre de signalés services dans la pratique. Ce médicament présente un autre avantage, il jouit d'une telle vogue que l'on peut dire qu'il se trouve en tous lieux sous la main.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Du somnambulisme provoqué, par M. Charles Richet.—On peut, par des passes dites magnétiques, comme par la fixation d'un objet brillant, et d'autres procédés empiriques mal étudiés et inconstants, provoquer une névrose spéciale analogue au somnambulisme.

Cette névrose, difficile à amener la première fois, arrive presque toujours si l'on a la patience de faire plusieurs séances consécutives. Dès qu'on l'a obtenue une fois, elle est très-facile à reproduire.

Tous les phénomènes qu'on observe sont en rapport avec les données de la physiologie et de la psycologie, et se retrouvent à des degrés divers dans quelques intoxications et dans certaines névroses du système nerveux central.

Les phénomènes vraiment caractéristiques sont les halluci-

nations qu'on peut provoquer toutes les fois qu'on le désire, et un automatisme complet; en sorte que la personne endormie est soumise à la volonté des individus qui l'entourent, et perçoit les sensations imaginaires qu'ils veulent lui communiquer.

En présence de faits constants et reconnus depuis cinquante ans par les meilleurs observateurs, dans des conditions toujours identiques, on doit admettre l'existence de cette névropathie qui diffère de toutes celles que nous connaissons par son origine expérimentale. Ainsi définie, la névropathie magnétique, quoiqu'elle offre peu d'applications thérapeutiques, est une étude du plus haut intérêt pour le physiologiste et le psycologue.—*Annales médico-psycologiques.—Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES

—

Hernie ombilicale.—M. Richet a pratiqué hier l'opération de la kéloromie sur une femme atteinte de hernie ombilicale étranglée. Cette opération a inspiré à l'habile chirurgien des considérations du plus haut intérêt pratique que nous allons nous efforcer de reproduire.

Cette femme est entrée à l'hôpital affectée, depuis quatre jours, des plus graves symptômes de l'étranglement. Ballonnement du ventre, absence totale d'évacuations stercorales et gazeuses, hoquet fréquent, algidité, cyanose. La hernie est constituée par une tumeur du volume du poing, engagée au travers de l'anneau ombilical.

Un tel état était peu fait pour encourager une tentative chirurgicale. Cependant M. Richet la proposa, pour l'acquit de sa conscience. La malade eut beaucoup de peine à se décider, néanmoins elle consentit à courir cette dernière chance.

Une autre raison puissante était de nature à retenir la main du chirurgien. *Cette raison tenait à l'état d'embonpoint de la malade.* Dans ces conditions, ce ne sont pas seulement les opérations, de hernies qui ne réussisent pas à souhait, ce sont toutes les opération, en général. Chez les sujets gras, il n'y a pas de réaction vitale; ils restent inertes.

Dans ces derniers temps, M. Richet a été appelé par MM. Gubler et Simon, pour pratiquer l'ablation du sein chez une dame obèse. Pendant les huit jours qui ont suivi l'opération, la plaie est restée dans le même état, dans ce que le professeur

appelle l'*état graisseux*. Les sutures sont restées sans actions. Il n'y a pas eu d'accidents à proprement parler, mais, au bout de huit jours, la malade a succombé dans la prostration.

Velpeau, lui aussi, éprouvait une grande appréhension à opérer les personnes obèses.

Or, par un triste privilége, les hernies ombilicales sont surtout le propre des sujet gras.

Une autre considération est de nature encore à faire hésiter le chirurgien, en présence d'une hernie ombilicale étranglée. La *statistiqne* fournit sur ce point des résultats tellement désastreux, qu'on se trouve fondé à se demander s'il n'est pas préférable de s'abstenir d'une opération si dangereuse et d'abandonner les malades aux seules ressources de la nature ?

Pourquoi donc les hernies ombilicales présentent-elles des chances plus défavorables que les hernies crurales et inguinales ?

La raison que fait valoir M. Richet est assez plausible.

La hernie ombilicale présente au déhors une sorte d'entonnoir, avec un collet consitué par l'anneau. A la suite de la déclivité de cet anneau, les liquides contaminés de la suppuration ont une tendance naturelle à pénétrer dans le péritoine. De là des péritonites promptement mortelles.

Dans les hernies inguinales et crurales, au contraire, eu égard à une disposition plus heureuse, ces même liquides, loin de remonter dans le péritoine, s'écoulent naturellement au dehors. Le même danger n'existe donc plus.

Pour égaliser les chances, on s'est efforcé de parer à cet inconvénient. Dans cette vue, Gouérand (d'Aix) et Huguier ont eu l'idée de faire tenir leurs malades soit sur le ventre, soit sur le côté. Il faut reconnaître que de telles postures sont difficiles à conserver un temps suffisant. M. Richet, lui aussi, a eu recours à l'attitude latérale. Il faut bien le reconnaître, ce sont là des demi-mesures, sur les effets desquels il convient de ne pas faire trop de fond.

Voyons maintenant jusqu'à quel point se trouve justifiée l'opinion des partisans de l'abstention opératoire.

Il est certain que les hernies, quelle que soit leur espèce, sont succeptibles de guérison spontanée. Par quel mécanisme se produit cette guérison ?

L'intestin étranglé s'amincit, se gangrène. Il en est de même de l'anneau constricteur. Par la perforation s'épanchent sous les téguments les matières fécales. Il en résulte un abcès qui, s'ouvant à l'extérieur, constitue un anus contre nature.

Ayant observé de pareils faits, certains chirurgiens attendent la production de cet abcès, qu'ils se contentent d'ouvrir, lors-

que le moment leur semble favorable. M. Richet a connu un officier de santé qui, n'ayant pas le droit de pratiquer des opérations, avait pris le parti d'abandonner ses malades, quelle que fût la variété de la hernie, seules ressources de la nature. Il prétendait obtenir d'aussi bons résultats que ceux de ses confrères partisans de l'opération.

Le parti de l'abstention n'est donc pas aussi absurde qu'on pourrait le croire *à priori*.

Pour son compte, M. Richet fait observer que jamais il n'a vu guérir aucun malade atteint d'abcès stercoral. Il se rappelle, entre autres exemple, celui de la femme d'un confrère, chez laquelle il dut ouvrir un abcès de cette nature. Cette dame a succombé, épuisée par le fait des accident antérieurs.

M. Richet se prononce donc formellement contre l'abstention. Ainsi que Gouérand (d'Aix), et Huguier, il est partisan de l'opération dans la hernie ombilicale non moins que dans les hernies crurales et inguinales, mais il fait son possible pour se mettre, autant que faire se peut, dans des conditions qui se rapprochent le plus possible de ces dernières. Lorsque ces conditions se trouvent réalisées, il obtient des résultats aussi satisfaisants dans ce cas que dans les autres.

Chez cette malade, les circonstances étaient tellement graves, que l'opération ne pouvait être effectuée que par acquit de conscience. Elle a été pratiquée de la façon suivante:

Un pli a été fait à la peau, qui a ensuite été incisée. Cette précaution est surtout indispensable dans la hernie ombilicale, a cause du peu d'épaisseur des téguments, qui pourrait exposer à la lésion de l'intestin. L'épiploon écarté, l'étranglement (sac ou anneau fibreux, distinction peu importante), à été levé avec de grands ménagements, puis l'intestin a été réintégré dans la cavité péritoniale.

Cette réduction a été laborieuse, et en voici la raison. Tenant compte de l'état cyanique de la malade. M. Richet n'avait pas osé produire une anesthésie complète. Or, rien de plus défavorable, pour ces sortes d'opérations, qu'une demi-insensibilité. Le patient, plongé dans un état d'ivresse et de surexcitation, perd conscience de lui-même, se débat, fait des efforts considérables, sous l'influence lesquels les intestins sont poussés au-dehors. En telles conditions, le chirurgien a souvent beaucoup de peine à les réduire.

Cette réduction opérée, M. Richet s'est bien gardé de réintégrer à sa place l'épiploon, frappé de gangrène. Il l'a lié, à sa base, avec un fil de cajeput qui doit être résorbé et dont, par conséquent, il n'y a plus à se préoccuper, puis il a reséqué toute la masse épiploïque comprise en avant de la ligature.

La peau a été rapprochée par des serrefines. De la glace enfin, a été appliquée sur la partie

Comme s'y attendait trop bien M. Richet, cette action chirurgicale n'a pas eu un effet favorable

Les vomissements, suspendus depuis 9 heures du matin, moment où l'opération a été pratiquée, jusqu'à 4 heures du soir, ont repris à ce moment, et la malade a succombé à 3 heures du matin.

L'étranglement? a-t-il été levé par le débridement? Toute ce que l'on peut dire, l'autopsie n'ayant pas encore été pratiquée, c'est qu'aucune selle ne s'est produite. Cette particularité, du reste, ne prouve nullement l'imperméabilité intestinale. La paralysie de l'intestin, est une conséquence inévitable de l'etranglement. Cette malade, du reste, a succombé non aux suites de l'opération, mais à la gravité des accidents qui l'ont précédée.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Abcès de la marge de l'anus.—Fistules anales.—Doit-on les opérer chez les phthisiques.—Deux malades sont en ce moment dans le service, porteurs d'une même affection, mais avec des caractères différents et dans des conditions qui sont loin d'être les mêmes. Ces deux sujets inspirent au savant professeur les considérations éminemment pratiques qui vont suivre.

Il s'agit d'abcès de la marge de l'anus, avec formation de trajets fistuleux.

Un premier point que fait ressortir M. Gosselin, c'est que la science n'a pu encore donner une explication satisfaisante de ce fait d'observation, que les abcès formés à la partie inférieure du rectum et à la marge de l'anus n'ont pas de tendance à se fermer. En attendant que cette inconnue ait pu enfin être dégagée, on doit se contenter des explications suivantes:

Trois causes s'opposent à la résolution, au recollement des parois de ces trajets fistuleux, à savoir: 1° les mouvements continuels du rectum, occasionnés par les gaz intestinaux et par le passage des fécales; 2° l'impossibilité d'établir, sur cette région, une exacte compression; 3° le dégagement permanent, par exosmose, de gaz et de liquides, au travers de la paroi rectale, amincie, excoriée et dépourvue d'épithélium; produit putrides, irritants, qui exercent sur les trajets fistuleux l'influence la plus défavorable.

Les deux malades dont il est question présentent entre eux de grandes différences, tant au point de vue local qu'au point du vue général.

Le nº 23 n'a pas seulement une fistule. Il porte à la marge de l'anus une ulcération présentant 6 à 7 millimètres de contour, avec destruction du tissu connectif sous-cutané circonvoisin.

Le nº 19, au contraire, ne présente à l'extérieur qu'un étroit orifice, sans aucun décollement périphérique.

Chez aucun d'eux on n'observe ces callosités, si fréquentes au niveau des fistules anales.

Chez l'un et l'autre, le trajet fistuleux aboutit, à 0,01 environ au-dessus du sphincter, à la paroi rectale amincie, mais non perforée. Ce sont donc des fistules borgnes externes.

Ces deux affections diffèrent surtout par l'etat général de de ceux qui en sont atteints.

Le nº 23 est phthisique. Non seulement il a des cavernes, de la fièvre, mais il présente, à la partie postérieure de l'épaule droite, un abcès froid.

Ce malheureux est donc atteint à la fois de diathèse tuberculeuse et de diathèse stumeuse.

Le nº 19 n'est ni très-charnu, ni très développé. Il n'a pas de barbe, quoique âgé de 20 ans. Il n'est en puissance d'aucune diathèse, et ne donne lieu qu'à de simples craintes, qui peuvent parfaitement ne pas se réaliser.

Ces sujets diffèrent encore par une condition importante.

Chez le nº 23, l'ouverture de l'abcès date de plusieurs mois. Chez le nº 19, cette ouverture s'est opérée spontanément, il y a seulement quinze jours. On pourrait encore espérer la résolution; mais, ainsi que l'a déjà fait observer M. Gosselin, les abcès chauds de la marge de l'anus aboutissent presque fatalement à la formation d'un trajet fistuleux.

Ces conditions, si dissemblables, influent du tout au tout sur la détermination du chirurgien.

A une période avancée de la maladie, il ne faut pas opérer les phthisiques. Ce serait en pure perte exposer leur vie. Lorsqu'il existe, ainsi que chez ce malade, des décollements étendus, ce n'est pas une anse métallique ou autre qu'il convient d'utiliser, mais le bistouri. Ce mode opératoire ne présente aucun danger dans les cas ordinaires, mais chez les phthisiques, il y a lieu de craindre et l'hémorrhagie et l'érysipèle, double accident, dans l'espèce, très à redouter.

Il ne faut pas l'oublier; même chez les sujets qui ne sont porteurs d'aucune diathèse, la plaie qui résulte de l'incision des trajets fistuleux de cette région ne se guérit qu'avec une grande lenteur. Que doit-il donc se passer chez de malheureux phthisiques, qui ont de la fièvre, qui ne mangent pas, qui ne dorment pas? On les expose à de graves accidents. Le

moindre inconvénient qui puisse résulter de l'opération, c'est la production d'une plaie qui n'a nulle tendance à la cicatrisation.

C'est pour de telles raisons que M. Gosselin est décidé à ne rien entreprendre chez ce jeune homme, dont l'état ne saurait qu'être aggravé par une intervention chirurgicale.

Quant à l'autre malade, sa situation est bien différente. Il y a lieu, chez lui, de songer à une opération. Mais l'abcès est récemment ouvert; bien qu'il y ait peu d'espoir de guérison naturelle, cette soulution favorable n'est pourtant pas impossible. Il est donc bon d'en courir les chances. On attendra une ou deux semaines. Si, passé ce délai, aucun effet avantageux n'est obtenu, comme à vingt ans on ne saurait rester porteur d'une infirmité pénible, s'accompagnant de douleurs, sous l'influence de l'éternument, de la toux, donnant lieux à une insupportable suppuration, etc., il sera indiqué de recourir à une opération.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Pansements des plaies avec la ouate imprégnée de glycérine et de camphre.—M. le docteur Paoli nous communique un important mémoir sur un pansement qu'il préconise et qu'il a appliqué avec succès à l'hôpital de Tiaret. L'étendue considérable de travail nous oblige à en résumer seulement les points les plus utiles pour la pratique.

M. Paoli croit a l'action notive de l'air sur les plaies, non seulement à l'action des germes qu'il contient, mais à l'action des poussières, de l'oxygène, de l'azote même et en général de tous les corps qu'il peut contenir. Pour en défendre les plaies, il recommande les précautions suivantes: les laver avec une solution aqueuse d'acide phénique au cinq-centième. Les recouvrir d'une épaisse et large feuille de ouate mouillée d'abord, puis imprégnée de glycérine. La plaie est au préalable abondamment arrosée de glycérine et saupoudré de camphre. Pardessus on met une épaisse couche de ouate sèche et le pansement est rarement renouvelé sauf les premiers temps, où on le réapplique tous les trois ou quatre jours.

Sous ce pansement l'aspect des plaies est excellent, la marche de la cicatrisation est régulière et sans accidents jusqu'à la guérison. Par cette couche épaisse, sorte de boue de camphre et glycérine et par le feutrage de la ouate, elles sont bien protégées contre l'accès de l'air.

M. Paoli cite, comme preuve de la valeur de son pansement, quelques très intéressantes observations, surtout une plaie du

scrotum par arme à feu, une plaie pénétrante du crâne, une fracture du sacrum par arme à feu avec pénétration du projectile dans le bassin, une fracture compliquée de jambe, une plaie pénétrante du genou, une amputation de jambe, plusieurs plaies contuses des pied et des mains, deux plaies pénétrantes du poignet. Dans tous ces cas la guérison est survenue rapidement et facilement.

Dans les cas de plaies anfractueuses, M. Paoli injecte la glycérine.

A la campagne et sans ressources pharmaceutique suffisantes, il le pratique avec de l'étoupe imprégnée de miel et il en a eu d'excellents résultats.

A priori, ce pansement, que l'auteur applique aussi à la contusion simple, devait produire les bon résulta que l'expérience a fait connaître. Ses trois éléments : camphe, glycérine, ouate, sont tous trois d'excellents protecteurs des plaies.

Le camphre est un excellent antiseptique ; mais la glycérine a aussi beaucoup de valeur comme topique. Demarquay l'avait beaucoup préconisée. Depuis longtemps, dans son service, le professeur Guyon combine avec toutes les précautions de la méthode antiseptique l'emploi de la ouate imprégnée de glycérine phéniquée et ses résultats ont été excellents. Si M. Paoli combinait aussi son pansement avec l'emploi de lavages phéniqués beaucoup plus énergiques (solution au quarantième ou au vingtième) nous croyons qu'il aurait encore plus à s'en louer. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)—*Revue de Thérapeutique médico-Chirurgicale.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Un traitement simple de l'hémorrhagie après la délivrance, (*Inversion*) par M. le docteur PUGLIÈSE (de Tarare).—" Si je renonce jamais à la pratique des accouchements, " c'est aux hémorrhagies que vous devrez attribuer ma déter- " mination."

Ainsi parlait un jour le professeur Paul Dubois en présence d'un concours nombrex d'élèves.

C'est que nous venions d'être témoins d'un de ces accidents qui ne laissent impassible aucun praticien, et contre lesquels le plus expert est trop souvent désarmé.

Une jeune accouchée, tout à l'heure encore pleine de vie,

avait été foudroyée par une hémorrhagie, suite d'inertie utérine.

Est-ce à dire que l'art soit muet à l'endroit de ce péril ? Non, bien certainement, et si la puissance se mesurait à la somme des conseils, nous pourrions nous tenir pour absolument prémunis.

On ne s'attend pas, sans doute, à trouver ici reproduit le chapitre du traitement des hémorrhagies de tous les auteurs classiques; je ne rappellerai même qu'incidemment une vieille pratique, la plus répandue peut-être, et qui consiste à inonder d'eau glacée les malheureuses femmes, même au cœur de l'hiver. Cela me fait froid à dire.

Mon unique but est d'appeler l'attention des confrères sur un traitement simple s'il en fût et le plus efficace à mon sens, sur une manœuvre qui n'est indiquée nulle part. On ne saurait trop s'en étonner; peut-être est-ce en raison de sa simplicité. Les auteurs, en effet, dédaignent souvent à tort de donner certains conseils susceptibles d'être taxés de naïveté.

Mais avant d'aller plus loin et au risque de mettre à l'épreuve la patience de queque lecteur pressé, quel est le mécanisme de la mort en pareille occurrence ?

Le premier péril émane sans contredit du fait de *la répartition proportionnelle de la masse sanguine dans les diverses régions.*

En conséquence de cette loi, toute diminution *brusque* retendit *brusquement* sur chaque ogane; or, il est tel de ces derniers qui ne saurait tolérer, sans risques sérieux pour la machine tout entière, une diminution instantanée du stimulus vital.

L'ischémie du cerveau réagit sur les poumons et sur le cœur, l'arrêt devient imminent. Voilà le danger; le péril pressent. Obvier donc aux conséquences fatales de la répartion proportionnelle de la masse du sang, telle doit être la première indication, sans perdre de vue la cause de l'hémorrhagie, qui constitue un péril très-pressant encore, quoique au second plan.

Et bien ! la manœuvre que je préconise, tout le monde y a songé: c'est tout bonnement l'*inversion du corps.*

L'accouchée, saisie par les épaules, est transportée hors du lit par un mouvement d'un quart de cercle dont le centre est au siége, qu'on attire au bord, pendant que le sommet vient toucher terre.

Cette pratique, d'ailleurs, remplit avec le premier but une part de la seconde indication.

Si le cœur, en effets, qui a perdu de son énergie, ne suffit plus à pousser l'ondée jusqu'aux dernières ramifications des

artères utérines, les sinus du même organe dont les bouches béantes sont subitement transférées à la cime de l'arbre veineux, devenu vertical, ont perdu la meilleure raison de se vider, le sang reprend ainsi plus volontiers son cours naturel vers la veine cave. Il ne reste qu'à stimuler la rétraction de l'organe, pour achever l'œuvre réparatrice.

Des aides se sont chargés de soutenir la tête et les épaules de la malade, et l'accoucheur procéde aux frictions externes et internes du globe utérin.

Il fait sur la région hypogastrique une injection d'ergotine avec la seringue de Pravaz. La solution a été préparé récemment, pendant le travail même s'il ne peut, car on ne doit jamais perdre de vue la possibilité d'une hémorrhagie, surtout après un accouchement laborieux.

Cette façon d'administrer l'ergot est seule sérieuse en pareil cas ; par la bouche il ne serait point absorbé. Le moyen, d'ailleurs, de faire ingurgiter quoique ce soit à un personnage dans l'attitude de nos gantins faisant l'arbre droit ! Il est tout ou plus possible d'administrer un peu d'alcool sous forme de *canards*.

La pratique a-t-elle consacré la théorie ? Une longue expérience, non ; mais en pareil cas elle n'est point indispensable ; je serais même coupable de l'attendre, si ces conseils sont appelés à rendre quelques services. Je me contenterai donc de citer un cas récent, dégagé de tout détail étranger au sujet.

Mon accouchée a été maintenue inversée sur un plan très-fortement incliné, une heure et demie environ. Au moment où je commençai la manœuvre elle n'avait plus de pouls : celui-ci est démeuré tout à fait absent plusieurs minutes, et avant même (on notera ceci) que je l'eusse retrouvé sous l'index, ma patiente avait repris le sens au point de causer quelque peu.

La langue a donné signe de vie avant la radiale ! L'inversion était seule capable d'in tel prodige.

En sommme, ce fait m'a semblé caractéristique et digne de motiver la note ci-dessus,

Est-il utile d'ajouter que les femmes ne doivent reprendre la position horizontale que par étapes ? (*Lyon méd.*)

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, JUILLET 1879.

Rédacteurs :

MM. LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE ET S. LACHAPELLE.

Séance Universitaire.

Je veux rapprocher de 3000 lieues l'autre hémisphère, disait Lesseps, avant le percement de l'isthme de Suez...La mer a déjà passé là, je l'y ferai revenir... ; *aperiam terram gentibus.* Le génie est toujours l'autorité tôt ou tard, la parole du savant Lesseps s'est réalisée, et les eaux de la mer Rouge et de la Méditerrannée se versent aujouad'hui dans le même verre.

Il devait en être ainsi du Décret de Rome concernant l'établissement de l'Université Laval à Montréal: aujourd'hui comme alors ce qui paraissait être impossible est devenu fait accompli. Les distances se sont effacées, les montagnes se sont abaissées, l'Uuiversité Laval établie sur les assises solides du principe religieux, de l'autorité religieuse, ne craignons pas de dire le mot, de l'autorité religieuse qui est le génie, comme celui-ci est l'autorité, l'Université Laval vient dans une séance solennelle prouver qu'elle existe à Montréal, et qu'elle n'offre pas seulement des fleurs comme l'espérance mais des fruits comme la réalité accomplie.

Mardi, le trentième jour du mois dernier, avait lieu en effet la distribution des licences et diplômes aux élèves en loi et en droit qui ont suivi les cours de l'Université Laval la première année de son fonctionnement à Montréal; deux bourses ont également été présentees, pour prouver hautement que le talent et le travail ont droit à une récompense particulière. Auditoire considérable et distingué sous la présidence de M. l'Administrateur du diocèse accompagné d'un nombre considérable des membres du clergé, les professeur de la Faculté de droit et de la Faculté de médecine solennellement drapés dans leurs

manteaux d'hermine occupant les fauteuils d'honneur à droite et à gauche de M. le Vice-Recteur de l'Université Laval, le coup d'œil était imposant, imposant comme toutes les fêtes de la paix et de l'intelligence, comme le triompho du progrès.

Nous ne sommes pas beaucoup initiés à tout ce qui regarde les hautes questions du droit, et ceux qui ont consacré leur vie à leur étude parmi nous, nous sont pour la plupart inconnus. Cependant, nous pouvons affirmer sans craindre de nous tromper que MM. Chauveau et Loranger qui étaient chargés de faire les frais intellectuels de la soirée se sont acquittés de leur tâche difficile avec le plus beau des succès ; et certes quand une institution a pour elle le prestige qui accompagne toujours le talent distingué, elle a raison d'être fière et d'aimer à vivre. Nous souhaitons (puisse notre souhait être accompli) que les deux discours éloquents des savants professeurs que nous venons de nommer soient livrés à la publicité, afin que notre public, comme celui de l'étranger, puisse en tirer les profits que leur lecture ne peut manquer de donner.

M. le Vice Recteur, le Révérend Messire Méthot et M. C. S. Cherrier, doyen de la faculté de droit, exposèrent tous les deux les travaux de l'année, et le doyen trouva dans les souvenirs de sa longue carrière si bien remplie des inspirations, qui lui ont mérité des applaudissements répétés..... Un peu d'histoire au sujet de l'hermine qui orne la toge professorale : plusieurs sont à se demander encore pourquoi cet ornement :

La vieille Armorique gémissait depuis longtemps, sous les Romains au IVe siècle. Maxime fit appeler Conan Mariadec, jeune Saxon, à son secours. Conan s'avança avec son armée sur le territoire Armoricain et fit camper ses troupes après quelques jours de marche. Se promenant en dehors du camp, il arrive sur le bord d'un marais fangeux et s'arrête tout à coup, entendant des cris plaintifs comme ceux d'un enfant ; il regarde et aperçoit derrière un buisson un blanche hermine... C'était elle qui se plaignait parce qu'elle ne voulait pas traverser le marais de peur de salir sa blanche fourrure. Conan la prend et la porte dans sa tente ; c'était à qui lui prodiguerait ses caresses. Cependant la bataille eut lieu ; Conan fut vainqueur, obtint l'indépendance de l'Armorique avec le consentement de Maxime et devint roi de ce pays. Mais voici ce qui arriva pendant le siége. Une nuit, un espion s'approcha de la tente de Conan, saisit la jeune hermine et la plongea dans un sale bourbier. Le lendemain, la pauvre hermine fut trouvée sans vie sur le sol. Conan comprit qu'elle était morte à cause que sa blancheur avait été souillée ; en souvenir de l'hermine, il fit grâce à l'espion et prit cette devise : *potius mori quam fœdari.*

Voilà ce que signifie l'hermine qui recouvre les épaules des professeurs de Laval.....

Peut-être quelques-uns de nos lecteurs verront avec surprise que la Faculté de Médecine de l'Université-Laval est mentionnée comme existant à Montréal : qu'on revienne de la surprise, et qu'on ne croie pas que c'est là un détail de forme seulement. Non; la Faculté de Médecine ouvrira ses cours cet automne : il paraît que la médecine comme le droit, comme la thélogie, tient à l'hermine. Il est permis, croyons-nous, de voir dans l'établissement de Laval à Montréal, une grande vérité qui en ressort tout naturellement, et c'est une vérité que Léon XIII, cette fidèle copie de Pie IX, disait hautement, il n'y a pas longtemps; la voici : La résignation au travail est le remède, le seul remède à tous les maux qui ravagent notre société. Travail du bien contre le mal, de la science contre l'ignorance, lutte éternelle et gigantesque, toute la vie est dans ces deux mots à Montréal comme partout ailleurs.

Société Médicale.

Séance du 18 juin.

Présidence du Dr Laramée.

Admission du Dr A. Leprohon comme membre actif de la société.

Lecture du Dr Filiatrault : Historique de la physiologie et de la pathologie du foie. Ictère.

Discussion à ce sujet entre MM. Ricard, Lamarche, Berthelot, Desrosiers, Laramée et S. Lachapelle. *Scinduntur docdores*, toujours hélas ! L'ictère est une maladie qui a sa place dans le cadre nosologique pour quelques uns, pour d'autres ce n'est qu'un symptôme. Dans les deux camps, autorités respectables; qui gagnera la palme ?

Prochainement viendra une autre discussion : l'épilepsie est-elle guérissable ? Wendt, Stark et Koppe nous diront : l'épilepsie est une accoutumance de la nature, le bromure rompt cette habitude morbide, donc la guérison est possible. Puis viendra la question des chancres mixtes auxquels plusieurs refusent de croire; puis on se demandera si le chloroforme ne doit pas être employé dans les maladies du cœur. L'obstention du chloroforme dans ces maladies est tellement admise aujourd'hui, que la question va paraître étrange; cependant voilà le résumé du Dr Vergely, medecin des hôpitaux de Bordeaux, à

un travail sur ce sujet. 1° Le chloroforme a pu être donné impunément à des malades atteints d'affections du cœur; 2° il a paru dans certains cas apporter du soulagement. Comment agit-il? Est-ce par l'intermédiaire du sang et d'une façon générale, ou directement sur les centres nerveux?... Vergely d'ailleurs est d'accord avec M. Potain. Horizons toujours nouveaux! "le travail seul, répèterons-nous, est le remède à tant de maux.

SÉVERIN LACHAPELLE, M. D.

NOUVELLES MÉDICALES.

Université Laval à Montréal.—Nous apprenons que l'entente qui avait été signée le 15 décembre 1877 entre l'Université Laval et l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, n'existe plus.

A cause des difficultés qui durent depuis plus d'un an, et des discussions publiques de cet hiver surtout, l'Université Laval, parait-il, a cru devoir exiger que ceux de ses professeurs qui enseignaient à l'Ecole vinsent à opter d'une manière absolue entre l'Ecole et l'Université, sans leur laisser la liberté de demeurer professeurs dans les deux institutions simultanément.

Les messieurs suivants n'ayant pas opté pour l'Université ont cessé de faire partie du personnel de sa Faculté de Médecine: MM. Munro, Trudel, Bibaud, Coderre, d'Orsonnens, Hingston, Macdonell, Desjardins et Beaudry.

De nouveaux professeurs ont été nommés, avec l'approbation de Mgr de Montréal, pour compléter les cadres de la Faculté. Ce sont MM. Charles M. Filiatrault, N. Fafard, E. Berthelot, Séverin Lachapelle et H. Desrosiers. On parle aussi de MM. Azarie Brodeur et A. A. Foucher, actuellement à Paris, et de M. S. Duval, comme devant faire partie de la Faculté.

Nous apprenons, au moment de mettre sous presse, qu'il a été entendu avec Mgr de Montréal, avant le départ de Sa Grandeur, que la Faculté ainsi réorganisée commencera ses cours cet automne, au 1er octobre.

Départ.—Mgr Fabre, évêque de Montréal, est parti pour Rome le 24 juin dernier. Sa Grandeur a dû entreprendre ce long voyage pour affaires très importantes de son diocèse, et

Elle doit aussi s'occuper des intérêts de la Faculté de Médecine de l'Université-Laval à Montréal.

M. le Dr Th. E. d'Odet d'Orsonnens est parti pour la Suisse, où l'appellent des affaires de famille, il doit aussi, dit-on, se rendre à Rome pour l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

M. le Dr A. A. Foucher est actuellement en Europe où il se propose de séjourner pendant un an ou deux, afin de compléter ses études spéciales sur les maladies des yeux et des oreilles.

—

Contribution annuelle.—Nous rappelons à nos lecteurs que c'est dans le cours de ce mois (Juillet) que la contribution annuelle du Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec est payable entre les mains de M. le Dr Léonidas LaRue, Régistraire, à Québec.

Ceux qui ne paient pas régulièrement cette contribution perdent les priviléges de leur licence, s'exposent à être poursuivis comme pratiquant illégalement la médecine et sont sujets à une amende de $5.00 par année.

—

Démissions.—M. le Dr A. T. Brosseau a donné sa démission comme professeur de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

M. le Dr A. Lamarche a aussi donné sa démission comme démonstrateur d'Anatomie, ainsi que les Drs A. Dagenais, A. Ricard et N. Fafard, comme professeurs agrégés de cette Institution.

—

Informations.—Nous apprenons que le Très-Révérend Th. E. Hamel, V.-G., Recteur de l'Université Laval, demeurera à Montréal durant l'année académique 1879-80, et sera remplacé à Québec par le Révérend M. E. Méthot, Vice-Recteur.

NAISSANCES.

En cette ville, la Dame de M. F. X. Trudel, M.D., un fils.

A Ste. Julie de Somerset, le 7 juin dernier, la Dame du Dr D. L. LaRose, un fils.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des Epithéliums en général.

PAR LE DR A. LAMARCHE,

(*Lu devant la Société Médicale de Montréal.*)

M. LE PRÉSIDENT, MESSIEURS,

Le domaine des infiniment petits de l'organisme humain s'est merveilleusement agrandi depuis quelques années et a acquis une importance qui a fait de l'hystologie une puissance en médecine. C'est la carrière où la physiologie, la pathologie, l'anatomie et de fait toutes les autres branches de la médecine vont se tailler une pierre angulaire pour réparer leurs fondations mal assises. La médecine du jour est à subir la reconstruction des palais de Venise bâtis sur les flots et que l'on démolit pour les asseoir sur un pilotis plus solide. La cellule révolutionne le monde et l'on découvre des trésors de science dans un millième de millimètre. Il faut briser ce que nous adorions et rendre nos hommages au Dieu inconnu qui se revèle, d'autres l'ont fait avant nous et nous aurons des imitateurs. Il faut aujourd'hui grossir la médecine de cinq cents diamètres pour en apercevoir les merveilles et en comprendre l'immensité.

Je me suis engagé, messieurs, à vous entretenir des épithéliums; certes, je serai bien maladroit si je ne réussis pas à vous intéresser avec un pareil sujet, le plus pratique et le plus merveilleux peut-être de l'hystologie.

Inutile de dire que je n'ai à vous offrir qu'une étude, une compilation; mon seul but a été de rassembler dans un cadre restreint les faits les mieux établis, les opinions les plus accréditées et de vous les présenter sous leur aspect le plus pratique. Soyez indulgents, messieurs, nous explorons une terre qui nous est inconnue.

On a donné, d'une manière générale, le nom de système épithélial ou d'épithéliums à un ensemble de membranes cellulaires, de cellules juxtaposées et étalées en couches simples

ou multiples qui limitent des surfaces. Comme le dit justement Farabeuf, les épithéliums sont les intermédiaires entre les milieux et les tissus. Ils sont très-abondants dans l'économie, l'organisme entier en est tapissé au dedans et au dehors; on les trouve à la surface libre de l'enveloppe cutanée, de toutes les membranes muqueuses sans exception, de toutes les membranes séreuses y compris l'endocarde et la membrane interne des artères, des veines et des lymphatiques, de tous les canaux sécréteurs et excréteurs des glandes, à la surface interne de ventricules du cerveau et du canal de l'épendyme. Le plus souvent ils sont étalés en membranes et quelquefois entassés au fonds des culs-de-sacs glandulaires.

Avant d'aller plus loin, il est important, je crois, pour faciliter l'intelligence de mon sujet, de donner une idée générale de la cellule; c'est ce que je vais faire le plus brièvement possible.

La cellule est un petit corps microscopique dont le diamètre varie de 1 à 3 centièmes de millimètre. Une seule dans tout l'organisme est visible à l'œil nu: c'est l'ovule qui atteint quelquefois 2/10 de millimètre. Ce petit élément est essentiellement vivant, comme le dit Kuss: "Il est l'essence des phénomènes vitaux, il est pour le physiologiste ce qu'est l'atôme peur le chimiste, ce qu'est la ligne pour le géomètre."

La cellule parfaite se compose d'une enveloppe amorphe, d'un contenu demi-liquide, auquel on a donné le nom de *protoplasma*, dans lequel on trouve une vésicule nommée *noyau*, qui renferme elle-même une vésicule appelée *nucléole*. Beaucoup de cellules sont dépourvues d'enveloppe, les cellules jeunes ou embryonnaires n'en ont jamais, on leur donne alors le nom de *protoblastes* ou *cytoblastes*. Cette membrane est évidente sur les cellules graisseuses et cartilagineuses; son rôle est d'ailleurs très peu important à tel point que Schultze considère sa présence comme un signe de décrépitude de la cellule. Le protoplasma forme la plus grande partie de la cellule, il est demi-liquide ou mou, transparent et granuleux. Il constitue la partie la plus active de la cellule, il est doué à un haut degré d'une propriété très-importante: la contractilité, c'est lui qui dans les métamorphoses de la cellule donne naissance aux éléments variés qui en dérivent; fibriles, fibres, granulations graisseuses, mucus, etc.

Toute cellule possède un noyau, souvent deux ou trois et quelquefois de 10 à 20, les cellules de l'épendyme, par exemple. Le noyau est vésiculeux, sphérique ou aplati, son diamètre varie de 3 à 10 millièmes de millimètre. C'est par lui que commence la multiplication de la cellule.

Le nucléole est aussi vésiculeux, ordinairement unique et mesure de 2 à 4 millièmes de millimètre.

En somme la cellule ressemble exactement à une ovule qui de fait est primitivement une cellule parfaite : la membrane vitelline est l'enveloppe de la cellule, le vitellus en est le protoplasma, la vésicule germinative, le noyau et la tache germinative, le nucléole.

Les cellules exécutent différents mouvements dus à la contractilité du protoplasma. Le plus important est le mouvement *amiboïde* dont toutes les cellules paraissent être douées, excepté les globules rouges du sang et les cellules nerveuses, ces mouvements consistent en des prolongements qui naissent de la cellule et reviennent aussitôt sur eux-mêmes pour se produire sur un autre point; d'autres effectuent des mouvements de *totalité*, de *déplacement*, la diapédèse des globules blancs en est un exemple; le mouvement *brownien* consiste en un tremblement des granulations du protoplasma.

La multiplication ou prolifération cellulaire est en général très-active et s'effectue de plusieurs manières, mais toujours d'après le même principe énoncé par Virchow: "*Omnis cellula e cellulâ*," la théorie du blastème appartient à l'histoire et celle de la substitution ne tient plus qu'au prestige de Robin, son auteur. Il y a déjà longtemps que le grand Lavoisier l'a prouvé par la balance: " Rien ne se perd et rien ne se gagne." La génération spontanée est un mythe et il n'existe pas un atôme dans l'organisme humain qui ne soit né d'une cellule. La multiplication cellulaire se fait: 1° par *scission* pour les protoplastes ou cellules sans enveloppe; sous l'influence d'une irritation quelconque le noyau s'étrangle au centre et finit par se diviser en deux moitiés dont chacune attire à elle une partie du protoplasma environnant et constitue une cellule nouvelle qui prolifère de la même manière; 2° par *formation endogène* pour les cellules parfaites ou pourvues d'une enveloppe, ici la prolifération se fait aussi par scission mais à l'intérieur de l'enveloppe qui éclate quand elle ne peut plus contenir les cellules de nouvelle formation; 3° par *bourgeonnement* mode encore peu observé et que je ne cite que pour mémoire.

Le corps humain vient d'une cellule, de l'ovule. Dès qu'a eu lieu la fécondation, le noyau ou vésicule germinative condense autour de lui le protoplasma ou vitellus, tandis que le nucléole ou tache germinative disparaît; le noyau s'étrangle, se divise par formation endogène et chaque moitié attire à elle une partie du protoplasma ou vitellus, le phénomène se répéte, le nombre des cellules augmentant toujours. A un certain moment elles viennent s'accoler et se juxtaposer à la

face interne de l'enveloppe de la cellule ou membrane vitelline et constituent une membrane qu'on appelle le *blastoderme*, la prolifération continue et le blastoderme se divise en trois couches ou feuillets : l'externe, l'interne, et en dernier lieu, vers le douzième jour le moyen. De ces trois feuillets dérivent tous ces organes et ces tissus si complexes et si parfaits qui constituent l'organisme humain. Du feuillet externe naîtront les cellules épithéliales qui constituent l'épiderme et qui tapissent les glandes de la peau ; du feuillet interne l'épithélium des muqueuses, et des glandes intérieures, et du moyen les endothéliums ou épithéliums des vaisseaux sanguins et lymphathiques et des membranes séreuses.

Avec ces notions préliminaires, j'aborde mon sujet.

La cellule, l'elément fondamental du système épithélial conserve dans l'agencement des épithéliums ses caractères physiques, son protoplasma et son noyau, excepté dans les dérivés cornés de l'épiderme, les ongles, les poils et les cellules superficielles de la peau où la noyau disparaît. Quant à la membrane d'enveloppe elle fait le plus souvent défaut. Jusqu'en 1839, Schwann enseigna que la cellule s'entourait avec l'âge d'une membrane nécessaire et constante, mais cette doctrine est abandonnée depuis les recherches de Schultze et de Kuhne, et l'on admet que les éléments épithéliaux sont en général de simples protoblastes.

Toutes les cellules de l'économie sont originairement sphériques, globuleuses, et elles conservent cette forme dans certains épithéliums, particulièrement dans les culs-de-sacs glandulaires et les canalicules spermatiques, mais le plus souvent, la cellule, à cause de son protoplasma mou demi-liquide perd cette forme globuleuse pour s'accommoder aux conditions de lieu d'espace, de pression, et prend, tantôt, la forme de prisme ou de cylindre, d'où le nom d'épithélium *prismatique* et *cylindrique*, tantôt elle s'aplatit et présente l'aspect d'un pavé, d'une mosaïque et constitue alors l'épithélium *pavimenteux* ; tantôt enfin la surface libre de l'épithélium se recouvre d'une pellicule adhérente ou plateau sécrété par les cellules elles-mêmes, comme on le voit dans l'intestin grêle, et cette cuticule peut être surmontée de cils vibratiles. Donc trois formes principales d'épithélium : le cylindrique, le pavimenteux et le vibratile. A part ces trois formes types, l'épithélium peut revêtir une foule d'autres aspects qui suffisent quelquefois à indiquer leur provenance lorsqu'on les examine isolément, telles sont les cellules polygonales à cils vibratiles qui appartiennent uniquement aux ventricules du cerveau, les cellules à surface dentelée qui existent surtout dans la couche moyenne

du corps muqueux de Malpighi et dans le col vésical; les cellules cylindriques à ramifications qu'on ne trouve que dans les organes des sens, etc., enfin, les cellules pigmentaires auxquelles nous allons nous arrêter un instant.

Ces cellules ne diffèrent pas des autres quant à leur structure, mais le protoplasma en est plus ou moins fraic de granulations pigmentaires de couleur variable. Ces cellules pigmentaires sont quelquefois un produit pathologique, comme on le voit par la maladie d'Addison, mais elles existent aussi en grande abondance à l'état physiologique sur la face interne de la choroïde et surtout à la peau. Dans ce dernier tissu les cellules pigmentaires sont contenues dans la couche moyenne de l'épiderme ou réseau de Malpighi. On les trouve surtout aux organes génitaux, au mamelon et au-dessous de la paupière inférieure. Le hâle qui recouvre la figure et les mains du pêcheur, du marin, de l'homme des champs et de tous ceux que leur état oblige à s'exposer continuellement au ardeurs du soleil est dû à la présence de cellules pigmentaires, mais il est à remarquer que dans ce cas, le soleil ne fait pas développer de nouvelles cellules pigmentaires, mais ne fait qu'hypertrophier, grossir celles qui existent déjà.

On a classifié, d'après la coloration de la peau, la population du globe en quatre races, savoir :

La race noire, ou éthiopienne; la race rouge ou indienne; la race jaune ou mongole; et la race blanche ou caucasique, et plus même la couleur de la peau sert à distinguer les individus d'une même race et contribue à augmenter les charmes de la physionomie : pour n'en citer qu'un exemple familier, la brune, la blonde et la rousse nous offrent des colorations pigmentaires qu'à vingt ans on est expert à différencier et aux charmes desquelles la fibre nerveuse ne cesse de vibrer que dans des conditions morbides ou à l'âge de décrépitude. Les ombres bien réparties ne sont pas le moindre mérite d'un tableau.

Les cils vibratiles sont des filaments excessivement tenus qu'on ne trouve chez l'homme que sur l'épithélium cylindrique; Ces cils qui sont des expansions du protoplasma, sont implantés sur le sommet de la cellule au nombre de 10 à 30 pour chaque cellule. Ils traversent la cuticule et s'épanouissent à sa surface.

Les cils vibratiles sont animés de mouvements continuels qui sont un des phénomènes les plus curieux que présentent les épithéliums. Ces mouvements sont de quatre espèces : 1° mouvement de flexion qu'on peut se représenter par la flexion et l'extension des doigts, ce mouvement est très-commun; 2° mouvement en entonnoir; 3° mouvement de pendule; 4° mouve-

ment d'ondulation comme un ruban, un drapeau qui flotte au vent. Ces mouvements s'exécutent avec une rapidité telle qu'il est le plus souvent impossible de les compter, ce n'est que par induction qu'on a pu y arriver. Foster en évalue le nombre à 12 par seconde en moyenne, chiffre probablement insuffisant que Béraud et Robin portent à 80 ou 150 ; d'après Kuss et Duval, ils peuvent parfois être portés à 200 ou 250 par seconde. Si on examine un épithélium vibratile à un faible grossissement, l'ensemble de ces mouvements rappelle l'aspect d'un champ de blé agité par le vent, d'après la comparaison favorite des auteurs, ou d'un ruisseau qui miroite au soleil, comme dit Kuss. Ces mouvements sont indépendants du système nerveux et persistent plusieurs heures après la mort, et cela d'autant plus longtemps que le cadavre est placé dans les conditions extérieures qui se rapprochent davantage de son milieu habituel. Ainsi Gosselin les a vu persister sur le pituitaire 36 heures après la mort ; ils sont encore visibles au bout de cinq jours sur l'épithélium de la grenouille, si on maintient l'animal à une température de 8 à 10° cent. Schiff, Gunther, Valentin et Purkinge l'ont observé quinze jours après la mort chez une tortue dont ils avaient empêché le dessèchement. Ils survivent, en général, moins longtemps chez l'homme que chez les animaux d'une organisation moins parfaite, parce que chez le premier la vie des éléments anatomiques est infiniment plus active et s'éteint conséquemment plus tôt, de même que la mort par inanition survient plus vite chez un adolescent florissant de santé que chez un vieillard d'une constitution moins forte. Pour la même raison enfin, la vie des nerfs et des muscles s'éteint plus tôt que celle des épithéliums vibratiles.

Les mouvements ciliaires s'effectuent toujours dans le même sens dans un épithélium donné, et d'une manière régulière ; ils se propagent peu à peu d'un point à un autre, une rangée n'entre en mouvement que quand la précédente commence à se redresser, et ne se redresse elle même que quand la suivante commence à se fléchir. Si l'on dissocie et que l'on isole par le râclage les cellules d'un épithélium vibratile, les cils continuent à se mouvoir, mais sans aucune régularité, et la cellule tourbillonne au hasard, comme une barque sans gouvernail mue par des rameurs en démence, selon la comparaison de Forster. Farabeuf, cependant, nie cette assertion de Kuss et la poétique comparaison de Forster, et soutient que les mouvements des cils conservent toujours la direction qu'ils affectaient lorsque l'épithélium était intact.

Il existe dans le règne animal des cellules vibratiles physiologiquement isolées. Ainsi, les spermatozoïdes ne sont autre

chose que des cellules vibratiles dont les mouvements ne sont pas plus étonnants que ceux des épithéliums vibratiles, une cellule vibratile constitue tout l'organisme de certains infusoires.

Il est difficile d'assigner une cause déterminante exacte aux mouvements vibratiles, ils sont peut-être, selon Farabeuf, l'indication d'un excès de puissance résultant de la vie de la cellule. On sait que le système nerveux n'a sur eux aucune influence. D'après Dujardin, ces mouvements ne sont autre chose que des mouvements amiboïdes de la substance protoplastique ; cette opinion paraît être appuyée sur de nombreuses observations.

Les épithéliums vibratiles ne jouent qu'un rôle très-médiocre dans l'absorption et la sécrétion, leur utilité comme épithélium protecteur est nulle aussi. A quoi servent-ils donc ? Quel est leur usage ? A donner une impulsion aux liquides qui les baignent, et à les faire progresser ; partout où l'élément vibratile est groupé en tout continu, en épithélium, partout où il est fixe sur une surface donnée, il fait progresser dans un certain sens les liquides et même les particules solides déposées à sa surface ; cette loi énoncée par Farabeuf paraît conforme à l'observation. On sait en effet que le mouvemsnt des cils s'exécute plus fortement dans un sens que dans l'autre, c'est-à-dire pendant le redressement, de manière à imprimer aux liquides qui les baignent un mouvement de progression qui se fait toujours dans le même sens. Dans la trompe de Fallope, l'impulsion se produit de l'ovaire vers l'utérus, il est destiné à porter l'ovule, tandis que dans l'utérus la même impulsion se produit de l'orifice externe vers le fond ; serait-ce pour porter le liquide séminal à la rencontre de l'ovale ? Les attouchements, le sérum du sang, l'urine, le lait favorisent et prolongent le mouvement des cils vibratiles ; la bile, l'ammoniaque, les acides concentrés les paralysent instantanément ; les narcotiques, les poisons n'ont sur eux aucun effet.

Les épithéliums à cils vibratiles se rencontrent chez l'adulte dans les fosses nasales, la trachée, les grosses bronches, la trompe d'Eustache, la caisse du tympan, le canal nasal, les canaux déférents, le canal de l'épidydyme, les canaux des cônes séminifères, la trompe de Fallope, l'utérus, le canal de l'épendyme et les ventricules cérébraux, surtout chez le fœtus.

Certaines surfaces épithéliales sont recouvertes d'une seule couche de cellules juxtaposées, tandis que d'autres présentent plusieurs couches de ces éléments superposées, d'où la division des épithéliums en simples ou à une seule couche et en stratifiés ou à deux couches ou d'avantage.

L'épithélium simple comprend trois variétés : 1° l'épithélium pavimenteux simple qui a pour type les cellules de la face interne de la choroïde, 2° l'épithélium cylindrique simple, dont les cellules ont la forme d'un cylindre ou mieux d'un cône dont le sommet est adhérent et la base libre, type ; épithélium de la muqueuse intestinale, 3° l'épithélium cylindrique vibratile simple, type ; épithélium de l'utérus et des trompes de Fallope. Fort décrit comme quatrième variété un épithélium pavimenteux vibratile simple, mais comme je l'ai dit plus haut, il paraît admis d'après les recherches de Frey que les cils vibratiles ne se rencontrent chez l'homme que sur l'épithélium cylindrique.

L'épithélium stratifié offre deux variétés: 1° l'épithélium pavimenteux stratifié dont les couches sont quelquefois très-nombreuses, exemple : cellules de la muqueuse buccale, 2° l'épithélium cylindrique vibratile stratifié dont les couches profondes sont formées de cellules sphériques qui s'allongent graduellement à mesure que les couches deviennent plus superficielles; type: cellules de la muqueuse, trachéale. Frey nie l'existence de cette deuxième variété et pretend que l'épithélium pavimenteux seul se superpose en couches épaisses, mais si l'on tient compte de l'infinité de formes intermédiaires aux trois formes types dont nous avons parlé que peut revêtir l'épithélium, on concevra qu'il ne faut pas tenir compte à la lettre de ces divergeances d'opinion et qu'il puisse se rencontrer certaines cellules dont la forme est ausi facile à rattacher à une forme type qu'à l'autre. Mais, néanmoins, et Farabeuf insiste sur ce fait, jamais ces variétès de formes et ces modifications ne sont telles qu'elles fassent diparaître les caractères fondamentaux qui donnent à ces cellules un air de famille, c'est-à-dire qu'elles conservent toujours l'aspect général des cellules épithéliales, sans que jamais elles tendent à établir une transition entre elles et tout autre élément que ce soit.

Les cellules épithéliales ne sont pas en contact immédiat et accolées les unes aux autres, une substance intercellulaire amorphe, un ciment, les relie les unes aux autres, cette substance est cependant très-peu abondante, assez peu pour n'infirmer en rien la définition de membranes cellulaires que Ranvier donne des épithéliums. Le ciment intercellulaire est en continuité avec la membrane basilaire ou *basement membrane* de Bowman quand elle existe. On appelle ainsi une mince couche de substance hyaline amorphe située au-dessous de certaines membranes épithéliales, au-dessous de l'épiderme et de l'épithélium des muqueuses, par exemple, et sécrétée par les cellules.

elles-mêmes d'après les uns et formées aux dépens du tissu fibreux sousjacent d'après les autres.

Les épithéliums ne sont jamais vasculaires, ils ne possèdent en propre aucun vaisseau et se nourrissent par imbibition à la manière des cartilages; mais, par contre un certain nombre de nerfs s'y ramifient, ce dernier fait, qui est de date très récente paraît solidement établi sur les recherches d'anatomistes du plus grand mérite qui ont démontré l'existence de ces branches nerveuses dans la majorité des épithéliums de revêtement.

Les épithéliums n'ont qu'une durée éphémère, en règle générale, leur existence est d'autant plus courte que leurs fonctions sont plus actives; selon l'expression de Farabeuf, il y a parallélisme parfait entre l'activité vitale et fonctionnelle et la fréquence de la desquamation. Chaque cellule épithéliale naît d'une cellule préexistente, se développe et meurt dans un laps de temps variable suivant ses fonctions. Les exemples de ce fait ne manquent pas. Ainsi la surface cutanée est le siége d'une desquamation furfuracée incessante, les cellules les plus superficielles devenues sèches et cornées se détachent poussées par le produit de la prolifération active qui s'opère dans les couches profondes de l'épiderme; les jeunes générations chassent les vieilles, dit Farabeuf, le mucus qui lubrifie les membranes muqueuses est le produit de la fonte de l'épithélium qui tapisse ces membranes, l'enduit qui recouvre la langue d'une personne à jeûn est composé d'épithélium macéré dans la salive; les *foeces* sont formés en grande partie par le détritus épithélial de la muqueuse intestinale; le *vernix caseosa* qui empêche la macération de la peau du fœtus est formé par le produit des glandes sébacées et de la desquamation de la peau du fœtus, dans l'utérus, indépendamment de la formation incessante de mucus, il s'opère, à chaque époque menstruelle, une desquamation de l'épithélium utérin qui est rejeté au dehors avec les menstrues. L'épithélium des culs-de-sacs glandulaires se dissout et cette fonte constitue le phénomène de la sécrétion. En un mot, comme le dit Kuss, toute substance qui passe dans le milieu intérieur, à travers une couche épithéliale peut être considéré comme ayant fait partie à un moment donné, de la substance même des cellules de cet épithélium.

Les déchets du système épithélial ne se déversent pas tous au dehors comme ceux que nous venons de citer, ainsi la desquamation des membranes synoviales, n'a pas d'issue, dans ce cas, le produit de rebut est absorbé et entraîné au dehors par le système lymphatique; pour expliquer le mécanisme de cette absorption, il faudrait entrer dans la question de l'origine

des lymphatiques, question trop ardue et trop controversée pour trouver sa place ici.

On divise les épithéliums d'après leurs fonctions en épithéliums protecteurs ou de revêtement et en épithéliums formateurs ou de sécrétion.

L'épithélium protecteur type est incontestablement l'épiderme : déposez une goutte de poison ou la matière d'un chancre infectant sur la peau saine, il n'en résultera, n'est-ce pas, aucun accident, mais, n'allez pas, je vous prie, tenter la même expériece sur une partie de votre corps dont la peau est excoriée ; car, alors, les vaisseaux du derme mis à nu absorberaient à l'instant poison et virus et vous feraient éprouver la vérité du proverbe : Tous les hommes sont égaux devant la mort.... et devant la vérole, comme dit Langlebert. Vous pouvez impunément faire la succion d'une plaie empoisonnée si l'épithélium de votre bouche est intact, parce qu'il prévient l'absorption du poison, mais la moindre érosion vous serait funeste. Deux surfaces saines mises en contact, ne contractent jamais d'adhérences, mais enlevez l'épithélium et renouvelez l'expérience, il se formera des vaisseaux et des tissus nouveaux, et les deux surfaces se confondront en une seule ; les brûlures et l'inflammation de la plèvre nous offrent deux exemples frappants de ce fait. La médication par la méthode dite endermique explique encore parfaitement le role des épithéliums protecteurs et nous prouve que l'épiderme est une cuirasse protectrice et qu'il tempère la trop grande vivacité d'action des tissus sousjacents.

Comme le dit Farabeuf, aucun épithélium n'est protecteur à l'état d'activité vitale. Tous ceux qui sont imperméables, ou à peu près, le doivent à une momification d'éléments privés de vie, ou dans certains cas, à une exsudation, c'est ce qui fait de l'épiderme l'épithélium protecteur par excellence, il se protége lui-même à l'aide d'un dérivé glandulaire qui répand de l'huile à sa surface.

Les épithéliums formateurs ou de sécrétion sont ceux qui tapissent les glandes, ce sont les plus importants de l'économie. Toutes les glandes sont tapissées d'épithélium et dans la plupart la matière sécrétée est le produit de la fonte de l'épithélium glandulaire. Nous reviendrons, dans l'instant sur cette question.

Kuss divise les épithéliums en trois classes par rapport à leurs fonctions physiologiques, à savoir : 1° épithéliums *imperméables* qui se refusent complètement aux passages soit de l'extérieur à l'intérieur soit en sens inverse, exemple, l'épiderme ; 2° épithéliums qui permettent le passage de l'extérieur

à l'intérieur, épithéliums absorbants exemple; épithélium intestinal; 3° épithéliums qui favorisent le passage de l'intérieur à l'extérieur, ou épithéliums sécréteurs, exemple : l'épithélium glandulaire. L'épithélium est aidé dans l'accomplissement de ces fonctions par de nombreux annexes qui remplissent les rôles les plus divers, soit mécaniques, tels que les muscles, soit nerveux par les actions reflexes.

Farabeuf, dans sa savante monographie sur les épithéliums leur reconnait quatre fonctions essentielles, à savoir : la protection, la diosmose, la sélection et la sécrétion et c'est là, je crois, l'aspect le plus pratique et le plus complet sous lequel on puisse les étudier.

Nous avons parlé suffisamment du rôle protecteur des épithéliums, il est inutile d'y revenir.

La diosmose est une propriété, passive propre aux épithéliums perméables et indifférents, les épithéliums pulmonaires et vaseulaires sont les types de cette catégorie. L'épithélium pulmonaire qui est excessivement mince se laisse traverser par l'air atmosphérique et laisse exhaler le résidu de la combinaison chimique de l'hématose. Cet épithélium est dépourvu d'action élective et donne également passage à tous les gaz qu'ils soient utiles ou nuisibles.

L'épithélium des vaisseaux est aussi perméables et indifférent, il se laisse traverser de dehors en dedans et vice versâ par les matières nuisibles ou utiles indistinctement. Cependant dit Farabeuf, c'est plutôt l'épithélium des lymphatiques qui reprend les matériaux de désassimilation et celui des capillaires sanguins qui donne aux tissus les matières assimilables, mais cette action en apparence élective tient plutôt à la disposition de l'appareil et aux différences de tension et nullement, sans doute, à la cellule épithéliale.

Les épithéliums *sélecteurs* sont ceux qui ont la propriété de se laisser traverser par certains éléments déterminés et de s'opposer aux passages des autres, agissant à la manière d'un filtre. La plupart des épithéliums jouissent à un degré très-variable de cette propriété, mais le type de cette catégorie est l'épithélium rénal, en effet, l'épithélium du glomérule de Malpighi sépare du sang les éléments de l'urine et leur livre passage, tandis qu'il s'oppose à l'extravasation des éléments constituants du sang. L'épithélium rénal n'est pas sécréteur, car il ne fabrique aucun principe qui ne soit pas contenu dans le sang, il se nourrit, filtre choisit et élimine, mais ne fabrique pas. La plupart des épithéliums sélecteurs sont à la fois éliminateurs et absorbants, surtout le rénal et le vésical, en effet, l'urine se condense et sa partie aqueuse est partiellement absorbée en

traversant les tubes de Bellini et même une certaine quantité d'albumine soutirée du sang en même temps que le plasma sanguin par l'épithélium du glomérule est résorbée par l'action élective de l'épithélium de tubes de Bellini et rentre dans la circulation, de fait, c'est bien là ce qui explique les désordres que l'on observe dans la néphrite albumineuse chronique. Pour qu'un épithélium sélecteur remplisse régulièrement ses fonctions il est indispensable qué la cellule soit dans des conditions physiologiques, or, la combinaison intime de l'eau de l'albumine et de la graisse parait être un des phénoménes essentiels de la vitalité de la cellule; la présence de la graisse libre dans une cellule qui n'en contient pas normalement est un indice de sa mort, une annonce de son élimination et une cause d'arrêt ou de perversion de son fonctionnement physiologique, ce fait que l'on constate dans la cellule pulmonaire dans la pneumonie est aussi la lésion anatomique de la maladie de Bright, l'épithélium des tubes urinifères tombe en dégénérescence graisseuse, meurt et est éliminé, la microscope nous révèle cette altération d'une manière très-sensible. Qu'arrive-t-il alors? L'épithélium du glomérule perd son pouvoir sélecteur et laisse passer l'albumine avec les éléments de l'urine, en outre, l'épithélium des tubes de Bellini mort ou éliminé ne résorbe plus cette albumine qui est rejetée au dehors et se révèle dans l'urine par l'acide nitrique et la chaleur, cette déperdition d'albumine amène l'appauvrissement du sang qui perd sa plasticité et devient avec le temps, tellement liquide que les parois des capillaires ne peuvent plus le contenir, il s'extravase et produit l'œdème des paupières, des membres inférieurs etc., et tous les désordres résultant d'une nutrition insuffisante, désordres qui finissent par amener la mort inévitablement.

L'élimination n'est pas toujours proportionnelle à la sélection, comme le fait remarquer Farabeuf, en effet on sait que les épithéliums accumulent cértains poisons plus vite qu'ils ne les excrètent, la thérapeutique ne manque pas de faits de ce genre, il suffit de se rappeler les effets de la digitale et du colchique.

La *sécrétien* est la propriété particulière aux épithéliums qui tapissent l'intérieur des glandes proprement dites, c'est-à-dire de celles qui secrètent un produit qui n'existait pas auparavant dans le sang, telles que les glandes salivaires qui secrètent la ptyaline, les gastriques, la pepsine, le foie qui produit le sucre, etc. On concoit que tous les épithéliums secréteurs sont aussi sélecteurs. Farabeuf les divise en deux catégories; les épithéliums secréteurs absorbants et les épithéliums sécréteurs exhalants.

L'épithélium sécréteur absorbant est chargé de produire ce que C. Bernard appelle les sécrétions internes, c'est-à-dire dont le produit est destiné à être versé dans le sang. L'épithélium de l'intestin et de ses annexes est le type de cette catégorie. Examinons un peu ce qui se passe dans la digestion. Un albuminoïde est introduit dans l'estomac, le suc gastrique, qui est un produit épithélial, le transforme en albuminose ou peptone, ce peptone pénètre dans l'intestin et subit une deuxième transformation et devient albumine du sang sous l'influence de l'épithélium intestinal. Changez l'ordre physiologique et introduisez dans l'intestin une solution d'albumine ou de sucre, aucun changement n'aura lieu et la cellule épithéliale restera indifférente; parce qu'elle est à la fois un élément sélecteur et sécréteur et qu'elle ne trouve pas dans cette solution les éléments nécessaires à son fonctionnement. Le foie agit d'une manière analogue, son épithélium secrète du sucre aux dépens des éléments puisés dans l'intestin et charroyés par la veine-porte et ce suc est ensuite versé dans la circulation. Ces épithéliums n'ont qu'une durée très-éphémère parce qu'ils fonctionnent très-activement, ils se renouvellent donc très-fréquemment.

Les épithéliums sécréteurs exhalants sont aussi d'une très-grande importance. Ici la sécrétion se fait de plusieurs manières: tantôt et le plus souvent, l'épithélium qui tapisse les culs-de-sacs glandulaires tombe en déliquium et cette fonte constitue le produit de la sécrétion, tantôt la cellule s'ouvre sans se détacher, expulse une goutte de liquide et se referme ensuite, ou bien, elle est simplement traversée par un courant exosmotique. C'est la mamelle qui nous offre l'exemple le plus frappant de ce déliquium de cette desquamation épithéliale. Le lait est, en effet, le produit de la dégénérescence graisseuse physiologique et de la fonte de l'épithélium de la glande mammaire. Si la glande est mise en grande activité, la desquamation épithéliale est si souvent renouvelée que les cellules n'ont pas le temps de se développer et l'épithélium est pour ainsi dire fauché en herbe suivant l'expression de Farabeuf. Kuss prétend que 800 générations de cellules peuvent alors se succéder dans 24 heures.

D'aprés tout ce que nous venons de dire, il est facile de conclure que les épithéliums sont des éléments doués d'une vitalité exquise, la chirurgie nous en donne encore une preuve tangible dans la greffe ou transplantation épidermique, qui jeta dans l'étonnement le monde savant quand Reverdin publia ses expériences. Il est bien établi que le derme est pratiquement inutile dans la greffe et que les vaisseaux sanguins n'ont

rien à y faire, d'un autre côté, le phénomène ne peut être produit par la couche cornée de l'épiderme, vû qu'elle se compose de cellules inertes, c'est donc le réseau de Malpighi qui est l'élément actif; mais par quel mécanisme s'opère le travail réparateur? Sont-ce les cellules épithéliales qui prolifèrent? C'est ce que prétend Jacenko, mais l'opinion de la grande majorité des expérimentateurs est que le tissu de nouvelle formation est dû à la transformation du tissu embryonnaire en tissu épithélial et cela sous l'influence des cellules épithéliales implantées, par action de présence, produisant ainsi le phénomène auquel Virchow donne le nom de *métaplasie.*

I est à remarquer que l'activité réparatrice de la greffe est limitée, rendue à un certain point, la formation de tissu nouveau s'arrête, c'est pour cette raison qu'on multiplie les îlôts cicatriciels en faisant plusieurs greffes. Un autre fait très-étonnant, c'est que les lambeaux que l'on transplante peuvent être empruntés à des individus différents et même à des animaux d'espèce différente en franchissant, dit Reverdin, les limites de l'espèce et de la famille. Le chien parait se prêter le plus facilement à cette association d'éléments hétérogènes. L'épithélium ainsi transplanté dans un milieu nouveau perd ses caractères distinctifs pour prendre ceux du milieu où il a pris racine.

Il me reste encore, messieurs, pour compléter cette étude, à dire quelques mots de la pathologie du système épithélial dont je n'ai parlé que d'une manière incidente dans le cours de cette lecture; je serai bref.

Les épithéliums sont sujets à un grand nombre d'altérations dont les caractères sont très-variables. Tantôt la cellule épithéliale augmente de volume sans perdre sa structure et constitue l'hypertrophie simple; tantôt c'est le nombre des éléments cellulaires qui augmente par prolifération, quelquefois d'une manière prodigieuse, et donne lieu à l'hyperplasie. C'est toujours par l'une de ces deux formes, et surtout par l'hyperplasie que débute l'inflammation. Tous les produits pathologiques organisés se forment aussi par l'hyperplasie.

Les tumeurs qui siégent sur la peau ou à la surface des muqueuses portent le nom d'épithéliomes ou cancroïdes et sont constituées par une hyperplasie des éléments cellulaires. Cornil et Ranvier divisent les tumeurs épilhéliales en quatre genres; à savoir :

1° Les *épithéliomes* proprement dits dont la disposition en forme d'îlôts ou de masses, n'affecte pas la forme d'organes définis.

2° Le *papilôme* formé de tissu épithélial recouvrant des papilles.

3° Les *adénômes* qui affectent la disposition qu'on observe dans les glandes.

4° Les *kystes* formés par l'épithélium qui tapisse une cavité kystique.

Fort, reproduisant l'opinion de Forster, prétend que lorsque l'hyperplasie épithéliale a lieu profondément, dans les organes glandulaires, par exemple, elle constitue le carcinôme ou cancer; d'après Ranvier, ceci est une erreur, car le cancer diffère hystologiquement de l'épithéliôme en ce qu'il se développe aux dépens des cellules plasmatiques du tissu conjonctif.

Ailleurs, on remarque une marche en sens inverse: l'atrophie, qui se traduit par un dessèchement, une momification de la cellule ou bien par une infiltration graisseuse et la fonte de l'élément épithélial, comme on le voit dans la maladie de Bright et la pneumonie. Dans la pneumonie catarrhale, les cellules épithéliales se gonflent, s'arrondissent, se multiplient et sont remplacées par une génération de cellules plus petite, dans la pneumonie fibrineuse, un certain nombre des éléments contenus dans les réseaux fibrineux dérivent de cette multiplication épithéliale. Dans la pneumonie suppurée, on est encore à se demander si les cellules du pus doivent être mises sur le compte de la diapédèse des leucocytes ou de la prolifération épithéliale. Pour ce qui est des tumeurs du poumon, le tubercule, entre autres, nul doute qu'elles ne se développent aux dépens de l'épithélium pulmonaire.

Les maladies de l'épithélium dominent toutes celles de la surface qu'il revêt. L'un des principaux éléments anatomo-pathologiques des inflammations pseudo-membraneuses, — de l'arbre respiratoire, par exemple,—est constitué par les modifications que subit l'épithélinm trachéal, et les membranes croupales présentent de nombreuses formes transitoires dans lesquelles on reconnaît la forme primitive, ce qui prouve qu'elles ne sont que l'épithélium altéré ou degénéré.

L'épiderme semble jouer le principal rôle dans les affections de la peau, d'après Kuss, et l'immense majorité des dermatoses ne sont, selon lui, que des épidermatoses, des affections de l'épithélium cutané. La desquamation furfuracée de l'épiderme peut, sous l'influence de causes pathologiques, devenir plus abondante, et comme ces débris épithéliaux renferment de la kératine, ou albumine transformée, du soufre, du fer, etc., il en résulte une perte réelle pour l'organisme, d'où la gravité des maladies squameuses et leur effet épuisant. Les loupes sébacées qui naissent dans les téguments en un point d'abord très-limité, et acquièrent

souvent un volume très-considérable, ne sont que des accumulations d'épithélium.

Les épithéliums vibratiles semblent avoir une remarquable prédisposition aux affections catarrhales, le coryza, la bronchite, et le catarrhe utérin nous en offrent de fréquents exemples. Ce qui caractérise ces maladies, c'est la fonte muqueuse trop rapide des épithéliums. Ce qui est une maladie squameuse, un pityriasis, par exemple, pour la peau, est une catarrhe pour une muqueuse.

Dans l'endartérité aigüe, la multiplication cellulaire se fait à la surface interne de la membrane du vaisseau, et c'est ce qui distingue cette maladie de l'endartérité avec tendance à l'athérome où la prolifération se passe dans la couche la plus profonde de la membrane interne. La même distinction peut être faite par l'endocarde.

Examinons pour terminer l'évolution de la pustule variolique. Cette pustule est d'abord formée par l'inflammation congestive du derme. Bientôt les cellules dentelées de la couche moyenne de l'épiderme se gonflent, des masses muqueuses se forment dans leur protoplasme et transforment la cellule en vésicule, plusieurs de ces vésicules, s'ouvrant les unes dans les autres, forment une cavité anfractueuse qui contient des cellules épithéliales et des globules blancs échappés des vaisseaux ramollis. Quand la suppuration s'effectue, les cellules épithéliales gonflées se dissocient et laissent passer dans la cavité de la pustule, en grande abondance, les globules blancs sortis des vaisseaux, et ce sont eux qui donnent naissance au pus. Les papilles sont, sur ce point dépouillées de leur épithélium, et le tissu du derme atteint par l'inflammation diffuse est transformée en tissu embryonnaire, c'est ce qui explique pourquoi, tandis que la phlyctène du pemphigus et la vésicule de l'eczema ne laissent aucune trace, la pustule variolique en laisse d'indélébiles dues à la destruction plus ou moins complète du corps papillaire au-dessous du point où elle s'est produite.

Je termine enfin, messieurs, cette étude, qui ne contient qu'un court aperçu du sujet que je viens de traiter. Jaurai rendu un service à ceux qui n'y ont pas encore songé, faute de temps ou d'inclination, si je réussis, par ce travail, à leur faire entrevoir la nécessité théorique et pratique des études histologiques. Ce n'est pas le volume des corps qui en constitue l'importance, l'immense somme de science acquise dans la connaissance des infiniment petits nous le prouve surabondamment. Nous ne serions plus excusables d'ignorer ce dont les prédécesseurs de Schleiden et de Schwann paraissent se

passer si facilement. Ce que nous étudierons comme un complément à nos études médicales, à peine acquis, en deviendra la base. Mieux vaut tard que jamais. Prenons pour principe l'exergue de notre journal de médecine : *Cur nescire, pudens pravè, quam discere malo.*

La diarrhée des enfants.—Etiologie et Thérapeutique,

par H. E. Desrosiers, M. D. L.

Dans une saison comme celle que nous traversons actuellement, saison que la plupart des médecins s'accordent à déclarer *particulièrement malheureuse* pour la santé et la vie des enfants, il n'est peut-être pas tout-à-fait hors de propos d'appeler une fois encore l'attention de la profession, et, s'il était possible, du public tout entier, sur les causes et le traitement d'une malalie qui a pris cette année, dans la ville de Montréal, un caractère véritablement épidémique. Le nombre d'enfants que la mort a moissonnés au milieu de nous, depuis le commencement de Mai, est prodigieux. La plupart, hâtons-nous de le dire, ont succombé à la diarrhée simple ou inflammatoire. Si encore nous pouvions espérer voir le fléau s'arrêter là ; mais deux mois nous restent encore à traverser qui, suivant toutes probabilités, fourniront, eux aussi, leur contingent de décès parmi notre jeune population. Est-ce donc à dire que le mal soit irrémédiable, qu'il soit impossible d'en enlever les causes, ou que la thérapeutique aidée de l'hygiène ne puisse rien faire pour en atténuer les effets ?—Non, mille fois non. Nous n'avons pas affaire ici à une maladie fatalement mortelle, et, si nous prévoyons de tristes résultats pour les semaines de *belle* saison qui nous restent encore, en voici la raison : Nous sommes convaincus que, en dépit de tout ce qui pourra être dit ou écrit sur ce sujet, les choses vont continuer d'être comme par le passé ; aucune réforme ne sera faite, aucune des mesures sanitaires recommandées par l'hygiène la plus élémentaire ne sera adoptée, soit par les autorités, soit surtout par les individus, et, les mêmes causes subsistant, les mêmes effets continueront de se produire.

Bien qu'il n'y ait pas lieu d'attendre l'accomplissement des réformes nécessaires, et encore que la question que nous entreprenons de traiter ait été déjà plus d'une fois débattue, nous y revenons pourtant, convaincus plus que jamais de son importance, et espérant, malgré tout, que la lecture de ces notes pourra être de quelque utilité à ceux qui ont à cœur les véritables progrès de la science et le soulagement des infirmités humaines.

La diarrhée chez les enfants peut être due à plusieurs causes de natures très-diverses et que l'on peut énumérer comme suit :

L'âge,

La dentition,

L'élévation de la température de l'air ambiant,

L'impureté de l'air atmosphérique, (les erreurs de diète et de régime.)

Les trois premières causes sont regardées comme simplement *prédisposantes*, tandis que l'impureté de l'air atmosphérique et les erreurs de diète sont, aujourd'hui plus que jamais, considérées comme les deux principales causes *déterminantes* de la maladie, comme, du reste, nous le verrons bientôt.

C'est surtout chez les enfants âgés de six mois à deux ans que la diarrhée se montre le plus fréquemment. D'après une statistique de West, sur 2129 cas de diarrhée ou dyssenterie infantile traités par lui an "*Children's Infirmary*" la répartition suivant les âges se faisait comme suit ;

Entre six et douze mois = 15,7 pour cent.
Entre un an et 18 mois = 20,9 pour cent.
Entre dix-huit mois et deux ans = 13,9 pour cent.

Ces chiffres démontrent aussi le fait que la diarrhée se montre de préférence pendant la période la plus active de la dentition, puisque la moitié de ces cas de diarrhée se sont manifestés chez les enfants âgés de six à vingt quatre mois.

Comment la dentition agit-elle sur l'économie pour produire ce résultat ?

Deux explications sont données. L'irritation produite sur les gencives par la dent qui va paraître amène, par phénomène réflexe une contraction plus énergique des fibres musculaires de l'intestion, d'où diarrhée. On a souvent remarqué qu'en certains cas l'évolution de chaque nouvelle dent était accompagnée d'une attaque bien distincte de diarrhée. D'un autre côté, il ne faut pas oublier que c'est aussi du sixième au vingt-quatrième mois que les glandes salviaires et intestinales subissent elles aussi une évolution qui devra les rendre propres à

sécrétion des liquides destinés à la digestion des nouveaux aliments que l'enfant ingèrera. Ces glandes commencent donc alors à déverser dans le canal alimentaire une grande quantité de sucs qui devront dans beaucoup de cas amener un dérangement dans les fonctions du tube digestif sous l'action de causes impuissantes à produire un tel résultat dans les circonstances ordinaires. Ajoutons à cela que c'est encore durant la période de dentition que les mères commencent à vouloir habituér les enfants à une nourriture plus substantielle que le lait, sans avoir égard ni la dentition qui est à se faire, ni a la saison de l'année où l'on est actuellement. Mais ces écarts de diète nous occuperont plus spécialement tout-à-l'heure.

Personne ne doute de l'influence de la chaleur dans la production de la diarrhée infantile.

En comparant les résultats de huit années consécutives d'observation clinique au "*Children's Infirmary*" le Dr West a trouvé que dans les mois de Novembre, Décembre et Janvier les cas de diarrhée étaient dans la propotion de 7,9 pour cent: en Mai; Juin et Juillet, 15,3 pour cent, et enfin, en Août, Septembre et Octobre, 23,0 pour cent.

"A New-York, dit le Dr Lewis Smith, la diarrhée infantile "fait son apparition vers le milieu de Mai, ou même plus tôt "si la saison est exceptionnellement chaude. Les cas vont "alors s'accroissant en nombre et en gravité jusqu'à ce que "l'on soit arrivé au maximum de chaleur, c'est-à-dire jusqu'à "Juillet et Août. Après Août le nombre des cas diminue, et la "maladie cesse vers la fin d'octobre."

Il est hors de doute cependant qu'on a attaché à cette cause (l'élévation de la température,) une importance exagérée, au point de vue étiologique. Le fait que dans certains districts ruraux la température est aussi élevée qu'à la ville et que cependant la diarrhée n'y est pas d'une fréquence aussi marquée, et ne s'y montre jamais ou presque jamais à l'état d'épidémie, prouve assez qu'il faut en chercher ailleurs les causes principales. Mais la chaleur, de même que la dentition sert habituellement de prétexte aux mères pour expliquer la diarrhée et autres troubles intestinaux de leurs enfants, alors que ces maladies ne sont causées en réalité que par une nourriture trop substantielle ou trop abondante, ou par certaines influences miasmatiques dont nous parlerons plus loin. Chaque jour nous entendons des mères nous dire: "Docteur, mon enfant a une diarrhée que je ne puis faire cesser... Voyez-vous, il a fait si chaud *depuis quelque temps*, et puis; je crois que ces dents percent..." Et si l'on interroge un peu, on découvre que l'enfant, qui n'a pas plus de quatre ou cinq mois, a déjà *depuis*

quelque temps, cessé de prendre le sein de sa mère, qu'on a substitué à l'allaitement maternel, l'alimentation par les bouilliés, voir même les potages. Ou bien, on trouve que les égoûts de la maison fonctionnent mal s'ils fonctionnent du tout, ou que le voisinage d'une voirie, d'un abattoir, d'un marché, etc., est la source d'émanations putrides plus que suffisantes à expliquer la maladie du pauvre petit être.

Si donc l'influence de la chaleur dans la production de la diarrhée infantile est incontestable, il est également vrai de dire que plus incontestable encore est l'influence d'un air atmosphérique vicié, et des erreurs de diète. Ce sont là, à proprement parler, les deux grands ennemis de la première enfance.

La viciation de l'air atmosphérique considérée comme cause de la diarrhée infantile reconnait deux sources principales : la décomposition des matières organiques que l'on laisse se putréfier autour des habitations, et l'émanation des miasmes provenant des égoûts et des cabinets d'aisance.

" Personne ne doute aujourd'hui que ces émanations putrides soient une cause puissante de troubles gastriques et intestinaux assez nombreux, tant chez l'enfant que chez l'adulte. Si celui-ci y échappe plus facilement grâce à la plus grande force de résistance dont il est doué, l'enfant qui est continuellement exposé à la cause morbifique en subit presque fatalement l'influence. C'est à ces miasmes que sont dus tant de cas de colique, diarrhée, dyssenterie, nausées, vomissements, gastro-entérites que nous rencontrons chaque jour dans la pratique depuis le commencement de l'été. Le Dr J. Lewis Smith, professeur au collége Bellevue, discutant cette question devant l'Académie de Médecine de New-York, disait : " Il est tout à fait hors de doute qu'une des causes les " plus importantes de la diarrhée des enfants doit être les " exhalaisons provenant des matières végétales et animales " en décomposition pendant la saison chaude : de fait, la mala- " die se rencontre beaucoup plus fréquemment là où l'accumu- " lation de matières putrides est la plus considérable. Je me " rappelle avoir vu à New-York certain bloc de maisons ren- " fermant plusieurs logements où il y avait peu ou pas d'égoûts, " et où conséquemment il y avait surabondance d'émanations " miasmatiques. Eh bien, dans ces logements pas un seul " enfant n'avait échappé à la maladie. Il est vrai que nous ne " savons pas encore d'une manière précise comment ces exha- " laisons malsaines dues à l'action d'une chaleur solaire intense " sur des rues et des habitations tenues en continuel état de " malpropreté, peuvent amener ce résultat."

Quant aux effluves provenant des égoûts et des cabinets d'aisance, la part qu'ils prennent dans la production de la maladie qui nous occupe est plus manifeste encore, quoiqu'on en ait dit. Les exemples ne manquent pas pour le prouver. En voici un assez frappant rapporté par Murchison. A Clapham, dans l'automne de 1829, vingt élèves appartenant à la même école furent en moins de trois heures pris de coliques, vomissements violents, diarrhée, prostration et fièvre. Un des enfants avait éprouvé des symptômes analogues deux jours auparavant, et y avait succombé, ainsi qu'un autre. Le début de la maladie était d'une nature si alarmante que l'on soupçonna même quelqu'empoisonnement. Après des recherches soignées il fut découvert que la seule cause de la maladie devait être l'ouverture d'un conduit d'égoût en arrière de la maison. Ce conduit avait été obstrué pendant nombre d'année, et n'avait été réouvert que deux jours avant le début du premier cas; les effluves provenant du conduit étaient excessivement fétides et les enfants s'étaient amusés à regarder les ouvriers pendant que ceux-ci travaillaient à déboucher l'égoût.

Tous les jours nous voyons des adultes pris de diarrhée et de coliques trés opiniâtres qu'on ne peut vraiment rapporter à d'autres causes qu'à celle dont nous nous occupons, et qui voient tous les symptômes de maladie disparaître comme par enchantement s'ils ont le bonheur ou le loisir d'aller occuper un logement dont le système d'égoût fonctionne d'une manière satisfaisante. Est-ce donc à dire que les enfants dont la constitution est si délicate et qui n'ont qu'un très faible pouvoir de résistance pourraient se soustraire à de telles influences morbifiques?

Quelles sont, sous ce rapport, les conditions sanitaires de la ville de Montréal?

Ceux là seuls qui ont parcouru certains quartiers de notre cité peuvent se faire une idée de la quantité et de la *qualité* des miasmes délétères qui s'y produisent. Dans beaucoup de rues et de ruelles, voir même dans beaucoup de cours, on laisse comme à dessein se putréfier des carcasses d'animaux, des débris de légumes en décomposition déjà avancée, et même, chose incroyable, des monceaux de matières fécales et autres immondices. Les pluies que nous avons assez fréquemment cet été, viennent pénétrer le tout, puis le soleil tropical dont nous jouissons en active encore davantage la putréfaction. On peut facilement s'imaginer la nature des gaz qui s'en échappent. Que dire maintenant des marchés construits au beau milieu de la ville et autour desquels les bouchers et les marchands de légumes laissent une si grande quantité de détritus

de toute espèce ; des étaux privés, des abattoirs, des boutiques d'épiciers dont les propriétaires semblent prendre plaisir à convertir les rues en voiries, des fabriques de savon, des tanneries, etc., etc. ? Ces immondices de toute espèce n'attendent pour devenir des foyers d'infection que l'action de deux agents, la chaleur et l'humidité, et l'on sait que tous deux ne nous font pas défaut depuis le commencement de juin. Ce n'est pas tout. Beaucoup de cours ne sont pas nettoyées ou ne le sont qu'à demi ; les immondices déposées aux portes des maisons deux ou trois fois la semaine et que des voitures spéciales devraient enlever aussitôt, ont bien souvent atteint un degré de décomposition avancé quand on songe à les faire disparaître.

Comment veut-on maintenant que la diarrhée, épidémique ou non, ne se montre pas dans les parties de notre ville qui réunissent tant de conditions propres au développement et à la propagation de cette maladie ?

Nous ignorons d'après quel système sont construits les égoûts de la ville de Montréal, mais à coup sûr ils sont loin, si on en juge par les résultats, de répondre au but qu'ils doivent remplir. Les puisards qui s'ouvrent la plupart du temps au coin des rues laissent très souvent s'échapper des odeurs très fétides qui trahissent la présence de miasmes plus délétères encore. Dans nos habitations mêmes ces effluves pénètrent à la faveur des tuyaux de reuvoi, et il est certaines maisons devenues tout à fait inhabitables pour cette cause. Il y a là d'importantes réformes à faire, et le plus tôt elles seront faites, le mieux ce sera pour la santé publique. Espérons que les résolutions passées par le Bureau de Santé à sa dernière réunion recevront, dans un avenir très prochain, une solution pratique devenue absolument nécessaire.

Mais les causes les plus efficaces dans la production de la diarrhée des enfants sont sans contredit les erreurs de diète et de régime que l'on fait commettre à ces malheureux petits êtres.

(*à continuer.*)

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALES.

Du traitement thérapeutique des tuberculeux; par le professeur PETER, médécin de la pitié.—(*Suite*)—En résumé, les eaux thermo-sulfureuses sont avantageuses aux tuberculeux qui crachent et n'ont pas de fièvre; elles sont de médiocre bienfait à ceux qui commencent leur tuberculisation et ne crachent pas encore; elles sont dangereuses à ceux qui ont de la fièvre et des hémoptysies.

Ces dangers des eaux sulfureuses, prises inconsidérément et immodérément par les tuberculeux des poumons, sont parfaitement connus des médecins de ces eaux; aussi ne les conseillent-ils qu'avec une sage réserve et ne les administrent ils qu'à doses prudemment parcimonieuses. Au début de la cure, en général, quelques cuillerées à soupe,—voire même à café,—puis progressivement de un à trois verres par jour. Cette progression est naturellement fondée sur les effets produits. Si l'eau sulfureuse et bien supportée, l'appétit s'en augmente, les forces se remontent; en est-il autrement, surviennent des troubles digestifs variés, de l'inappétence, de la dyspepsie et de la diarrhée. Lors-qu'il y a saturation, à ces troubles dyspeptiques se joignent des phénomènes d'irritation morbide du côté du système nerveux comme de la peau: agitation, insomnie, éruptions variées.

Quand donc vous jugerez bon de soumettre vos malades à une cure thermale sulfureuse, donnez leur impérativement le conseil *de ne predre les eaux que sur l'avis et sous la direction d'un médecin éclairé des thermes* où vous les envoyez, et que vous aurez soigneusement déterminé.

Vous m'avez vu à l'hôpital, alors que je ne pouvais pas employer l'hydrothérapie, prescrire les bains sulfureux aux malades atteints de tuberculisation pulmonaire; les prescrire à la température de 32 degrés centigrades et pendant une durée de 5 à 10 minutes au plus. C'est qu'en effet l'eau sulfureuse a une double action: elle agit d'une façon salutaire sur la peau qu'elle stimule en même temps qu'elle l'aguerrit contre le

froid d'abord ; elle agit ensuite sur le système nerveux général, par l'intermédiaire du système nerveux cutané en particulier. Aussi les bains sulfureux, les douches, les frictions à la suite, sont-ils utiles aux tuberculeux ; bains et douches donnés d'ailleurs avec toutes les précautions nécessaires pour éviter les refroidissements consécutifs. Une bonne pratique, manifestement révulsive et qui décongestionne les parties supérieures et spécialement les poumons, c'est l'emploi des demi-bains sulfureux ou des pédiluves de même nature et très chauds. Il me paraît que les stations thermales où l'on met en œuvre les moyens externes et tout locaux sont celles qui réalisent le mieux les conditions d'une cure complète.

S'il m'est permis de donner mon opinion tout entière, je dirai que les inhalations, le humage et la pulvérisation des eaux sulfureuses, utiles peut-être pour les pharyngo-laryngites, sont inutiles pour la tuberculisation pulmonaire.

J'ajoute, pour terminer sur ce point, que nous avons en France : 1° des sources sulfureuses froides, telles que celles d'Enghien et de Pierrefonds ; 2° des sources sulfureuses thermales, telles que celles de Saint-Honoré, dans la Nièvre ; des Eaux-Bonnes, dans les Basses-Pyrénées ; d'Amélie-les-Bains et du Vernet, dans les Pyrénées-Orientales ; de Cauterets, dans les Hautes-Pyrénées ; 3° des sources thermales sulfo-chlorurées sodiques, telles que celles d'Uriage, dans d'Isère.

Dans des leçons antérieures, j'ai préconisé contre l'*hémoptysie* tuberculeuse, alors surtout qu'elle est abondante, une médication conseillée par Trousseau, qui l'avait empruntée à Stoll, je veux dire la médication vomitive, et cela avec la poudre d'ipécacuanha a la dose de 4 grammes ; c'était le chiffre de Stoll, accepté par Trousseau ; mais j'ai trouvé que 1g,50 à 2 grammes étaient amplement suffisants. Je vous ai dit les bons effets de cette médication ; j'ai essayé même d'en donner la théorie, qui ne serait autre qu'une action exercée sur la circulation interstitielle produisant une sorte d'anémie parenchymateuse par contracture vasculaire. Quoi qu'il en soit, le fait est incontestable que l'hémorrhagie s'arrête par les vomissements. Or, ce qui prouve que ce n'est pas l'action mécanique de vomir, mais l'état nauséeux seul qui est salutaire, c'est qu'on peut obtenir les mêmes effets sans vomissement aucun et sans avoir d'ailleurs recours à l'ipécacuanha, qui n'a rien de spécifique. Par exemple, il est des cas où la médication vomitive est assez mal acceptée du malade et surtout de son entourage, et conseillée d'autre part avec une certaine timidité par vous-mêmes, et où vous pourrez alors victorieusement employer le traitement que je vais vous dire : un julep gommeux contenant 30 centi-

grammes de kermès minéral, est donné d'heure en heure; il en résulte un état nauséeux, assez désagréable d'ailleurs, quelquefois même de légères vomituritions ou une à deux selles diarrhéiques; mais dès les premier jour de cette médication, l'hémorrhagie s'arrête ou s'amoindrit, pour cesser, dans ce dernier cas, le second ou le troisième jour. Tout récemment même, chez une jeune dame que je voyais en consultation, l'hémoptysie, très abondante et qui durait depuis sept jours, fut arrêtée dès le premier jour par l'usage de cette potion; et ce qu'il y eut de plus remarquable, c'est que la malade eut simplement mal au cœur sans éprouver ni vomissement ni diarrhée. Le pouls, qui était, avant l'administration de la potion, à près de 130, tomba à 110; la respiration, de très fréquente, devient presque naturelle, les râles très fins des parties moyenne et inférieure du poumon avaient presque disparu. En même temps la malade avait très notablement pâli, ce qui est d'accord avec la théorie que j'ai donnée de l'anémie locale par action sur le grand sympathique vasculaire, et contracture vasculaire consécutive. De tels effets étaient évidemment dus, chez cette malade, à l'action du kermès; car bien qu'elle eût eu un second vésicatoire en même temps que la potion kermès, elle avait été soumise antérieurement à un premier vésicatoire et à l'emploi des moyens les plus variés sans aucun succès.. Je cite ce fait, dont je pourrais rapporter d'autres analogues, par qu'il a été observé sous le contrôle d'un médecin très éclairé, et que l'hémostase, vainement cherchée jusque-là par la série des moyens classiques connus, a été presque immédiatement obtenue à la suite d'un simple état nauséeux.

Vous obtiendrez des effets analogues dans des cas moins émouvants et moins immédiatement pressants; par exemple, alors qu'il n'y a que des crachats sanglants rejetés successivement dans le cours d'une journée (au nombre de cinq ou six, je suppose), et faisant prendre de six à huit pastilles d'ipécacuanha dans le cours de la matinée; ou encore des pastilles de kermès en même nombre; ou enfin un sirop kermétisé contenant 2 centigrammes de la préparation antimoniale par cuillerée: deux ou trois cuillerées suffisent ordinairement pour obtenir la diminution ou la cessation de l'expectoration sanglante.

J'ai obtenu également de bons effets dans le cas d'hémorrhagie pulmonaire médiocrement abondante, en associant le sulfate de quinine à la poudre d'ergot de seigle; par exemple, 50 centigrammes de sulfate de quinine mélangés à 2 grammes de poudre d'ergot de seigle et divisés en dix doses, que l'on peut prendre dans le cours de la journée ou même à doses moitié moindres, si l'hémoptysie n'est pas très notable. C'est une

médication que conseille de docteur Gimbert (de Cannes) et qui est vraiment efficace au cas dont je vous parle.

Maintenant il va sans dire qu'il ne faut, en pareil cas, négliger aucun des moyens classiques, tels que les révulsifs sur la poitrine et sur la peau des membres inférieurs; tels encore que la respiration d'un air frais et l'usage de boissons, ainsi que d'aliments froids.

Comme intermédiaire entre la diététique et la thérapeutique, il y a la *diète lactée*, les *cures de petit-lait* et les *cures de koumys ;* diètes et cures qui conduisent au traitement par les huiles. Seulement les corps gras sont infiniment plus acceptables et mieux acceptés sus la forme de lait, même fermenté, que sous la forme d'huile, même pourrie.

La diète lactée absolue — du lait et rien que du lait — n'est pas absolument de mise pour les tuberculeux; mais, ce qui leur est bon sans réserve, c'est le lait. Le lait, s'ils le digèrent, sortant du pis, à la traite du matin comme à celle du soir. Ou encore le lait refroidi et cru, que certains estomacs supportent mieux que le lait tiéde sortant du pis.

L'usage du lait d'ânesse est traditionnel en France pour les poitrines délicates — comme aussi pour les estomacs du même ordre; tellement traditionnel même chez les tuberculeux, que la chose en devient presque sinistre, et qu'il vaut mieux, moralement, conseiller le lait de vache, lequel n'implique pas qu'on est " poitrinaire ".

J'ordonne beaucoup le lait, et j'aime autant le lait, de vache, qu'on trouve partout, qui est plus nourrissant, et surtout moins solennel que celui d'ânesse. Si je suis forcé, par l'inaptitude digestive une fois démontrée pour le lait de vache, à recourir au lait d'ânesse, je mets en avant cettte inapitude même et non je ne sais quelle prétendue spécificité du lait d'ânesse pour les tuberculeux. Ainsi les apparences sont sauvées.

Le lait de chèvre, le lait de vache et celui de brebis sont des laits gras; le lait de jument, le lait d'ânesse et le lait de femme sont des laits sucrés. Ces derniers sont caractérisés par la petite quantité de leur beurre et l'abondance de leur sucre.

Le lait d'ânesse est médiocrement nourrissant, en raison de la faible quantité de principes solides qu'il contient.

Le lait de femme est celui qui présente le plus de variété dans les élements qui le constituent.

En vérité, le meilleurs lait est celui que les malades tolérent le mieux, et pour lequel ils ont le plus d'appétence ou le moins de dégoût. Peut-être, suivant le conseil du professeur Fonssagrives, devrait-on préférer le lait de chèvre, à cause des proportions considérables de beurre qu'il renferme. Le sapidité

du lait d'ânesse et de jument est une condition de digestibilité facile ; elle tient aux quantités élevées de sucre qui renferment ces deux laits

Il est des cas où le lait ne peut-être digéré ; il faut y renoncer. Il en est d'autres où il n'est que " pesant " à l'estomac ; il est bon alors d'y ajouter du sucre ou du sel. Le sel est préférable parce qu'il némousse pas l'appétit. Il peut être introduit dans le lait directement, ou par l'intermédiaire de la femelle laitière. Cette dernière méthode est celle sur laquelle est fondé le traitement *lacto-chloruré* d'Amédée Latour. On prend une chèvre. jeune, on lui donne une nourriture composée d'un tiers d'herbes vertes ou de racines séches et de deux tiers de son ou de croûtes de pain additionnées de 12 à 15 grammes de sel marin, quantité portée progressivement au maximum de 30 grammes. Le malade prend 1 litre de ce lait par jour, mais par petite quantité à la fois, et à de courts intervalles ; en outre, les viandes de bœuf ou de mouton, rôties ou grillées, doivent faire la base de son alimantation. La durée de ce traitement est de plusieurs mois. M. A. Latour en a obtenu les résultats les plus remarquables ; le plus merveilleux à été chez une malade qui lui était chère, et qui avait été " condamnée " par Andral, Chomel et Trousseau.

Je ne dirai pas grand'chose des cures de petit-lait, n'en ayant aucune expérience ; ce que je sais par lecture, c'est qu'on les a surtout utilisées en Suisse et en Allemagne depuis lo dernier siècle. Les médecins allemands préfèrent le petit-lait de brebis, parce que ce lait contient plus de sels que les autres. On l'administre à la température normale du lait, qui est de 38 degrés centigrades, à la dose de deux verres à jeun, et d'un troisième verre dans l'après-midi. La durée de la cure est d'un mois et demi à trois mois, pendant lesquels le malade est soumis à un régime spécial composé de viandes grasses, de végétaux herbacés, de compotes de fruits, de mets farineux ou sucrés en petite quantité, vin coupé d'eau, ni café ni spiritueux. C'est un régime d'engraissement, pour lutter sans doute contre la macilence tuberculeuse.

Les médécins allemands mélangent très volontiers les eaux sulfureuses au petit-lait.

Des Alpes au Rhin se trouvent de nombreuses stations pour la cure du petit-lait. Toutes sont situées dans des lieux pittoresques, un grand nombre avoisinent les eaux minérales sulfurées et ferrugineuses.

Les établissements de ce genre qui se voient en France sont peu nombreux et mal installés. Il serait cependant facile, suivant la remarque judicieuse de M. de Pietra-Santa, d'en fonder

ou d'améliorer ceux qui existent déjà près de nos établissements thermaux, par exemple, en Auvergne, au Mont-Dore et à Royat; aux Pyrénées, aux Eau-Bonnes, à Amélie-les-Bains; en Dauphiné, à Uriage; en Savoie, à Aix, à Evian; dans les Vosges, à Luxeuil, Bussang et Plombières.

J'ai souvent déjà parlé du koumys; j'y revins une dernière fois pour dire que les cures de koumys se font dans une grande partie de la Russie. On sait que le koumys est, au moins en Tartarie, du lait de jument fermenté; que ce lait est très analogue au lait de femme et, comme lui, fortement sucré. Le koumys, qui résulte de sa fermentation, est un liquide d'un blanc bleuâtre, aigre, légèrement alcoolique et moussant fortement quand il est mis en bouteilles.

Ces cures ont habituellement lieu en mai ou en juin. Un certain nombre de Russes vont les faire chez les Baskirs, les Kirghiz et les Kalmoucks, pour les continuer même de retour chez eux.

Les doses sont proportionnées aux capacités stomacales des Russes, trois bouteilles par jour (il est vrai qu'il s'agit de koumys faible encore), deux le matin, une le soir après dîner. Du quatrième au huitième jour on ajoute une quatrième bouteille. Le huitième jour la cure est plus audacieuse; c'est cinq bouteilles qu'on ingurgite et cette fois il s'agit du koumys fort. On s'élève ainsi graduellement de cinq à huit bouteilles quotidiennes. Il paraît que l'estomac (septentrional) tolère ces énormes masses de liquide, quand on les a progressivement augmentées.

Si l'on songe que le koumys contient une certaine quantité d'alcool, on comprend qu'une pareille cure ne soit pas seulement une cure lactée, mais une cure alcoolique; et qu'elle produise une sorte d'ébriété, exhilarante même, qui se termine souvant par le sommeil de l'ivresse. Il y a là évidemment excès. Cependant il paraît que les forces se relèvent et que l'embonpoint augmente. Les inconvénients de cette cure ébrieuse sont (on le conçoit de reste) les battements de cœur, les congestions vers la face, les hémorrhoïdes et même les hémoptysies.

La tuberculisation à marche chronique apyrétique, et même celle qui s'accompagne d'éréthisme nerveux, mais sans fièvre, s'accommodent bien de ce taitement. De pareilles cures n'ont été faites et ne peuvent guère l'être que dans les steppes. Cependant on s'occupe actuellement d'installer aux environs d'Alger quelque chose d'analogue (aux excès près; car vraiment les doses que j'ai mentionnées tout à l'heure me paraissent excéder la raison, comme les aptitudes digestives de mes compatriotes).

Suivant M. Landowski, le koumys rétablirait le sommeil, calmerait la fièvre, diminurait la toux, modifierait les crachats qui de purulents deviendraient peu à peu simplement muqueux, arrêterait même ou diminuerait les vomissements.

Ce que j'en sais d'expérience personnelle, c'est que chez certains malades, pui ne peuvent absolument pas supporter l'huile de foie de morue, le koumys est un excellent médicament. Je le conseille à la dose de trois ou quatre verres par jour; verres à bordeaux d'abord, verres ordinaires ensuite (il s'agit d'estomacs français.) Je n'ai jamais dépassé, ni essayé de la faire, une bouteille à une bouteille et demie par jour, et j'en ai obtenu des résultats parfois remarquables, entres autres chez une jeune dame de Rouen, tuberculeuse arrivant à la phthisie, chez laquelle le koumys contribua à restaurer les forces, comme les lotions fraîches rapidement pratiquées à supprimer les sueurs et à faire disparaître la fièvre.

L'usage de analeptiques gras est probablement dérivé de l'idée antithétique d'opposer le gras au maigre, de lutter par les substances adipeuses contre l'émaciation tuberculeuse. Mais encore faut-il que, pour une pareille médication, l'estomac consente. Le type de ces médicaments antagonistes de la maigreur est l'huile de foie de morue. Elle n'est acceptée que dans la période initiale et dans les formes apyrétiques de la maladie tuberculeuse.

A côté de l'huile de foie de morue se groupent les huiles de raie, de squale, de sardine, qui ne peuvent remplacer la première, bien que l'analyse chimique n'y décèle que des différences presque insignifiantes. Le mieux pour faire tolérer l'huile de morue est de la donner immédiatement avant le repas, quelquefois en faisant suivre l'ingestion de l'huile de celle d'une petite quantité de vin de quinquina ou de Bugeaud : une cuillerée à dessert ou une cuillerée à soupe d'huile de foie de morue blonde, suivie ou non d'une quantité égale de vin de quinquina au bordeaux ou au malaga, et manger tout de suite. L'huile de foie de morue ne peut être ainsi donnée que lorsque l'estomac s'y prête, et la température extérieure également. On ne peut la faire prendre à certains malades chex lesquels elle provoque des vomissements ou de la diarrhée. On ne peut guère la donner non plus pendant la saison chaude; enfin il est difficile de l'administrer pendant un long temps.

Chez des individus qui ne pouvaient supporter l'huile de foie de morue et qui avaient de l'anorexie, j'ai donné avec avantage de petites doses de caviar avant le repas, c'est-à-dire des œufs d'esturgeon conservés et quelque peu fermentés. Peu à peu on arrive à le faire prendre avec de petites doses d'huile de foie de morue.

Ou encore, on associe cette huile à des sardines, en la substituant à celle que a servi à conserver celles-ci. Les sardines font digérer l'huile de morue, et tout est pour le mieux.—*Bulletin général de Therapeutique.*—(*Suivre.*)

—

Salicylate de soude, *son action dans le rhumatisme articulaire aigu des enfants.*—Jusqu'à ce jour les travaux scientifiques publiés sur l'action du salicylate de soude dans le rhumatisme ne contenaient que des observations prises sur les adultes, et on semblait avoir hésité devant son administration dans les affections rhumatismales infantiles.

M. le docteur Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, a expérimenté ce nouveau médicament, et il a communiqué à la *Societé de thérapeutique*, séance du 12 février dernier, les bons résultats que le salicylate de soude lui a donnés dans les affections rhumatismales des enfants.

Une revue de M. le docteur Ernest Labbée, ancien interne des hôpitaux, publiée le 25 février dans le *Journal de thérapeutique* de M. le professeur Gubler, résume avec beaucoup de soin cette intéressante communication, et nous lui faisons de larges emprunts.

Trois propositions d'une importance capital se dégagent de cette communication.

1° *Le salicylate de soude est parfaitement toloré par les enfants, même à dose quotidienne de 7 grammes.*

M. Archambault constate, en effet, que tous les petits malades auxquels il a fait administrer ce médicament l'ont bien supporté sans vomissements ou effets physologiques désagréables. Un seul enfant a eu des vomissements, mais il était affecté d'une néphrite brightique.

M. Archambault explique cette tolérance si remarquable des enfants pour le salicylate de soude par le rapidité avec laquelle ils éliminent. Au bout de quinze à vingt minutes, on le trouve déjà en proportion notable dans leur urine.

2° *Le salicylate de soude fait disparaître rapidement et presque sûrement les manifestations rhumatismales.*

Supposons par exemple qu'il s'agisse d'un rhumatisme polyarticulaire aigu au début. On prescrit au malade 6 grammes de salicylate de soude en trois doses, à six heures d'intervalle. Voici quels sont les effets thérapeutiques observés:

Le plus souvent, à la troisième dose, les articulations ne sont presque plus douloureuses et l'enfant peut faire quelques mouvements; à la quatrième, les douleurs ont disparu complète-

ment; le pouls et la température ont manifestement baissé (M. Archambault a vu des chutes de deux dégrés); enfin la fluxion articulaire a beaucoup diminué.

Ces effets sont à peu près invariables. M. Archambault ne voudrait pas affirmer que le salicylate de soude soit le médicament spécifique du rhumatisme, comme le sulfate de quinine l'est pour fièvres intermittentes, mais il s'en rapproche; il est de plus inoffensif. En tout cas, le salicylate de soude est de beaucoup préférable à tous les médicaments précédemment employés.

Dans les rhumatisme subaigu ou dans le rhumatisme monoarticulaire, son action thérapeutique, quoique moins prompte, n'est pas moins décisive.

Généralement le médicament est administré trois jours de suite par M. Archambault, puis il en suspend l'usage. L'économie reste encore, malgré cela, sous l'influence du remède pendant soixante heures environ, c'est-à-dire que, pendant ce laps de temps, on contate sa pésence dans l'urine. Survient-il une récidive, le salicylate est de nouveau prescrit de la même façon qu'au début du traitement, Il est fort rare, du reste, qu'on observe plus de deux récidives. D'alleurs, le médicament serait tout aussi actif contre ces récidives que contre le rhumatisme à son début.

Les doses qui conviennent varient suivant les âges. A partir de deux ans et demi, on peut donner 4 grammes; à partir de cinq ans, 6 grammes, par doses de deux grammes en solution à six heures d'intervalle.

3° *Le salicylate de soude prévient les complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu de l'enfance.*

Cette dernière proposition a une importance que je n'ai pas besoin de faire remarquer.

On a dit avec raison que le rhumatisme de l'enfant était plus grave que celui de l'adulte, précisément en raison de la fréquence plus grande des manifestations cardiaques. Bon nombre d'affections du cœur qu'on observe à l'âge adulte, et dont l'origine échappe, reconnaissent vraisemblement pour cause une attaque de rhumatisme pendant l'enfance, dont le souvenir n'a pas été gardé.

On peut affirmer sans exagération et d'une manière générale que les deux tiers des enfants atteient de rhumatisme articulaire aigu ont des manifestations de ce rhumatisme du côté du cœur, quel que soit le traitement institué. Eh bien, parmi les enfants, en nombre assez grand, traités par le salicylate de soude dans le service de M. Archambault, pas un seul n'eut de comblication du côté du cœur. Ceci tient, d'après M. Archam-

bault, à ce que ce médicament héroïque jugule le rhumatisme en moins de vingt-quatre heures, l'empêche d'évoluer et, par conséquent, d'atteindre le cœur.

La conclusion de M. Archambault et que le salicylate de soude est presque le spécifique du rhumatisme chez l'enfant, non-seulement du rhumalisme articulaire aigu ou subaigu, mais encore d'autres manifestations rhumatismales moins profondes, telles que le torticolis ou les arthralgies simples.

Du jour au lendemain le torticolis le plus douloureux disparaît sous l'influence de ce médicament.

Pour administrer avec succès le salicylate de soudre, le point important et d'avoir un médicament bien pur: à cet égard, on aura toute garantie en employant la solution du docteur Clin.

Cette solution, toujours identique dans sa composition et très-exactement dosée, contient deux grammes de salicylate de soude pur par cuillerée à bouche et cinquante centigrammes par cuillerée à café. Elle permet d'administrer facilement le salicylate de soude et de varier les doses selon les indications qui se présentent.—(*Gazette des Hôpitaux*).

Dangers de la circoncision pendant l'existance d'un chancre mou dans le voisinage; Traitement.— Il nous est arrivé d'un établissement voisin un jeune homme atteint d'un chancre mou à la racine de la verge. Il avait en même temps un écoulement, et un certain degré de phimosis, pour lequel on lui fit la circoncision. Le prépuce était assez étroit, mais comme le gland n'était pas étranglé, que le chancre n'était pas situé à la partie interne du prépuce, et qu'il ne s'agissait pas par conséquent de faciliter les nettoyages et les pansements, il est probable qu'on eût pu se dispenser d'opérer. Au moins, n'eût il pas fallu faire l'opération complète, et se borner à inciser le prépuce sur la ligne médiane. Aussi, qu'est-il arrivé?

D'habitude, la circoncision pratiquée selon les règles de l'art et dans de bonnes conditions réussit parfaitement, si la réunion peut se faire par première intention. Mais dans le cas actuel, le pus chancreux s'est inoculé à la plaie de la circoncision, ce qu'il était facile de prévoir, et l'a transformé en une vaste surface suppurante et rongeante dont il importe d'arrêter le progrès et de hâter la cicatrisation.

Il est en effet extrêmement important de ne jamais pratiquer la circoncision lorsqu'il existe un chancre, à moins, toutefois, que le gland ou le prépuce ne soient menacés de gangrène par

suite de leur étranglement, ou qu'il existe un phagénénisme sous-prépucial qu'il est important d'atteindre. Encore, dans ce cas, faut-il se contenter d'une simple incision du prépuce, qui donne lieu à une plaie bien moins large. Il importe aussi de guérir rapidement le chancre mou, afin d'éviter les réinoculations et les bubons suppurés. Le meilleur topique à employer est l'*iodoforme*, qui permet parfois de guérir en fort peu de temps, trois ou quatre jours par exemple, les petits chancres mous.

Malheureusement, l'iodoforme a un grand inconvénient, surtout chez les gens du monde, dans la clientèle privée. Il répand une odeur tellement pénétrante et tellement caractéristique, qu'elle décèle trop facilement et trop sûrement la maladie dont est atteint celui qui l'emploie. Aussi est-il bon d'avoir un succédané ne présentant pas les mêmes inconvénients; un des meilleurs est la solution de chloral à 2 0/0 que l'on emploie plusieurs fois par jour, de façon à bien déterger la plaie.

—

Hoquet rebelle datant de sept mois guéri en deux heures par le jaborandi.—Il y a un an environ, j'envoyais au *Bulletin générale de Thérapeutique* une observation concernant un hoquet rebelle contre lequel après avoir employé sans succès l'électricité et les médicaments les plus vantés contre cette affection spasmodique, j'avais finalement réussi à débarrasser mon malade par l'emploi du chlorhydrate de pilocarpine en injection sous-cutanée. Voici aujourd'hui une observation peut-être plus curieuse, ou le jaborandi a fait merveilles en faisant disparaître, en quelques heures, un *hoquet datant de de sept mois.*

Mardi 1er avril, se présente à ma consultation une femme âgée de cinquante-six ans, Adèle Colnor, demeurant à Paris, rue Fontenelle, 5, à l'entre-sol; elle est affectée du hoquet rebelle datant de sept mois.

Quelques jours après le début de ce hoquet, elle entra à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Marie, lit 15, service de M. le docteur Proust, elle y resta un mois et en sortit guérie; mais quinze jours après le hoquet reprit de plus belle. Elle retourna à la consultation de Lariboisière et y fut électrisée tous les deux jours pendant cinq mois; enfin, n'obtenant aucun résultat, elle se décida à venir à Lille pour me voir (je lui avais déjà donné mes soins dans cette ville où elle avait demeuré très longtemps).

Le hoquet est presque continu de trente à quarante fois par minute, sans vomissements; la femme est amaigrie et a quelquefois, me dit-elle, des intervalles de cinq à dix minutes où le hoquet sarrête pour recommencer bien-tôt.

Etant dans mon cabinet et ne pouvant lui faire une injection sous-cutanée de chlorhydrate de pilocarpine, je lui prescrivis la potion suivante:

Feuilles et tiges de jaborandi.....	4 gr.
Eau.....	150 —

(quinze minutes de décoction et passez).

A prendre en deux fois à quinze minutes d'intervalle.

Pris à dix heures du soir, le médicament détermina ses effets habituels, salivation, transpiration abondante, quelques vomissements; deux heures après son ingestion le hoquet était parti.

Cette femme est venue me voir aujourd'hui, pour voir si son spasme ne reviendrait pas et pouvant à peine croire à une guérison si rapide.

Depuis, une lettre du mari de cette malade est venue montrer que cette guérison ne s'est point démentie, et qu'aujourd'hui cette malade est en parfait état de santé.

Ces deux cas ne sont-ils pas concluants? et ne me donnent-ils pas le droit d'engager mes confrères à ne jamais désespérer d'un malade atteint de cette affection, parfois si rebelle, tant qu'ils n'auront pas employé le jaborandi ou son principe actif, la pilocarpine.—(*Dr Ortille* (*de Lille*) (*Bull. gen. de Th.*)

—

Ozène; *traitement.*—Ce ne sont pas les moyens conseillés contre cette affection qui manquent: c'est tout simplement leur efficacité qui fait défaut. Dans son service à l'hôpital militaire de Namur, M. le docteur Riemslag, médecin principal, a fait l'essai d'un nouveau traitement qui lui a parfaitement réussi dans plusieurs cas:

1° Un clairon du 10me de ligne, entré pour embarras gastrique, est aussi atteint d'ozène infecte au point de devoir isoler le malade. Des injections au chlorure de chaux ne donnent pas de résultat. Elles sont faites ensuite avec une solution de iodde, 0,20; iodure de potassium, 0,20; dans eau distillée, 120 grammes. L'amélioration est prompte; en quelques jours la guérison est complète.

2e Un soldat du 7me d'artillerie entre à l'hôpital pour ozène. Il est traité comme ci-dessus et il est guéri en huit jours.

3e Un remplaçant au 10me de ligne est atteint de chloroïdite. On constate également une ozène. Les injections iodées le guérissent en quelques jours. Le malade reste passé deux mois a l'hôpital pour la premisre affection. L'ozène ne reparaît pas.

4e Le soldat du 7me d'artillerie revient à l'hôpital pour une affection fébrile. L'ozène à récidivé en dix jours après sa sortie de l'hôpital. On découvre des ulcérations dans les deux narines. Il y a douleur persistante à la racine du nez et présomtion de lésions profondes. Les injections iodées ne procurent plus qu'un soulagement médiocre. Si on les interrompt, la punaisie revient.

Malgré cet insuccès, nous croyons, avec notre savant confrère, que ce traitement peut être appliqué avec une certaine confiance, en présence de l'insuffisance de la plupart des autres moyens, à part le salicylate de soude, qui paraît aussi assez bien réussir.—*Le Scalpel.*

—

Emploi de l'eau chaude en chirurgie comme hémostatique.—L'eau chaude, c'est un fait bien connu aujourd'hui, arrête facilement les hémorrhagies capillaires. Windelband (1876) s'est parfaitement bien trouvé de son emploi dans les métrorrhagies, c'est pourquoi il recommande en pareils cas les injections à 38-39° Réaumur, et même 41° dans les cas graves. Stillé, dans son *Traité de thérapeutique*, conseille l'eau chaude pour arrêter le sang des piqûres de sangsues, etc.,

Le docteur Charles B. Kéeteley vient à son tour donner des preuves de cette action styptique. En 1878 il put, dit-il, grâce à l'eau chaude, arrêter une hémorrhagie en nappe, à la surface d'un moignon, après une amputation de cuisse, alors qu'un bain d'eau froide avait échoué.

Dans l'*épistaxis*, l'eau chaude pure ou contenant en solution du chlorate de potasse lui a réussi très-bien. L'emploi du sel de potasse avait surtout pour but d'empêcher le gonflement de la muqueuse qui suit l'injection d'eau, et surtout d'eau, froide dans le nez.

On peut se demander de quelle façon l'eau chaude agit contre les hémorrhagies.

L'auteur est d'avis que c'est à titre de dérivatif dans le cas d'épistaxis quelle dissiperait la congestion de la muqueuse nasale. On peut remarquer, en effet, que les mains plongées dans l'eau chaude, ne tardent pas à pâlir. Il est donc probable que ce liquide excite la contraction des petits vaisseaux, soit en agissant indirectement par l'intermédiaire des nerfs, soit

directement stimulant les fibres contractiles de ces vaisseaux.

Dans les métrorrhagie, la stimulation porte vraisemblablement sur les centres nerveux situés dans l'utérus lui-même, directement ou par action réflexe, ou bien par ces deux voies à la fois.

Puisque l'eau chaude est hémostatique, il serait à souhaiter qu'elle fût préférée à l'eau froide lors des opérations chirurgicales, amputations ou autres. Ne sait-on pas que les ovariotomistes ont bien soin de n'employer que l'eau chaude pour la toilette du péritoine. Avec l'eau froide on exposerait les malades à un refroidissement local en général des plus pénibles.—(*The Practitioner*).

—

Métrite, *emploi de l'oxalate de potasse.*—Dans sa revue des journaux italiens pour le *Journal des sciences médicales*, de Lonvain, M. le docteur Gallez rapporte que pendant une pratique de trois ans à Marmirolo, le Dr. Pietro Gatti a fait usage dans le traitement de la métrite de l'oxalate de potasse et en a obtenu d'admirables effets. Lange a également expérimenté ce remède et il s'en est tellement bien trouvé que depuis lors il en a fait constamment usage dans tous les cas d'affections puerpérales à marche régulière que dans ceux d'inflammation de l'utérus ou de ses annexes résultat de l'application d'instruments d'obstétrique, et il a toujours obtenu complète guérison. Les couséquences de cette pratique ont donc été jusqu'ici constamment heureuses: dans quelques cas seulement, pour indication exceptionnelle, il a été avantageux d'y associer quelques doses d'opium. Gaspari persiste néanmoins à affirmer que ce sel n'a aucun effet dans la fièvre puerpérale. Le mode d'administration du médicament est le suivant:

R. Emulsion gommeuse ℥iv
Oxalate de potasse ou de soude gr. xvj

—

Calvitie ; *remède excellent : injections de pilocarpine.*—Que d'heureux nous allons faire en donnant cette nouvelle, puisée dans le *Berlin. Klin. Wochensch.;* pourvu que ce ne soit pas un canard et qu'il ne s'en suive une amère déception !

Le docteur G. Smitz a constaté deux fois la reproduction des cheveux sur la tête de malades chauves auxquels il avait pratiqué des injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine dans le traitement des maladies des yeux. Chez un vieil-

lard de 60 ans complètement chauve, opéré de cataracte double, il avait fait trois injections dans l'espace de quatorze jours; la membrane qui restait dans l'ouverture pupillaire disparut comme on le désirait; mais en même temps la tête se couvrit d'un duvet épais, et bientôt les cheveux grandirent et prirent de la force, si bien qu'au bout de quatre mois, il n'existait plus trace de calvitie, et le malade était en possession d'une chevelure épaisse, en partie blanche, en partie noire.

Chez un autre malade, âgé de 34 ans, atteint d'un décollement de la rétine, le sommet de la tête était complètement dépourvu de cheveux dans l'étendue d'une carte à jouer. Dans ce cas encore, deux injections du même médicament amenèrent non-seulement la guérison de l'affection oculaire, mais encore la reproduction des cheveux absents.

Il est regrettable que l'auteur n'ait donné aucun renseignement sur la cause et la nature de la calvitie de ses deux malades.—*Le Scalpel.*

—

Croup; *traitement par le sulfate de zinc.*—Dans la séance du 14 février 1879, le docteur Fukala a présenté à la Société de médecine de Vienne un tableau de 72 cas de croup traités de la même manière. Dans 62 cas, l'auteur a dirigé lui-même ce traitement; dans huit il a été fait par d'autres médecins; enfin, dans deux autres, il a été appelé à titre de consultant; six enfants sont morts. Il s'agissait de véritable croup et non de laryngite catarrhale ou de diphtérie. Soixante-deux enfants ont guéri sans opération. Il est impossible d'admettre qu'il y y a eu en trois ans 72 erreurs de diagnostic; du reste, dix enfants au moins ont été vus par des cliniciens habiles en même temps que par l'auteur.

La méthode consiste dans l'emploi d'une solution de sulfate de zinc (5 gr. pour 200 gr.); on l'introduit dans le larynx au moyen d'un pinceau (5 à 10 applications consécutives). Lorsque l'enfant s'oppose absolument à l'introduction du pinceau, on se sert d'une seringue pharyngienne, dont l'extrémité est renflée et percée en pomme d'arrosoir. Pour éviter les effets de la substance active sur l'estomac, on fait prendre immédiatement du lait.

Le sulfate de zinc, en coagulant l'albumine dissoute, amène rapidement une rétraction sensible de l'exsudat laryngé.

La plupart des membres de la Société croient que les cas traités par l'auteur étaient presque toujours des laryngites catarrhales, pas même assez intenses pour faire songer à la trachéotomie. (*Allg. Wiener méd. Zeitung* et *Courrier méd.*)—*Scalpel.*

Carcinome ; *injections d'acide acétique.*—Dans un carcinome gros comme un œuf de poule, situé sur le côté droit du maxilaire inférieur, le docteur Gies a injecté un liquide contenant une partie d'acide acétique cristallisable, pour trois parties d'eau distillée. Cette injection provoqua de la suppuration, et la tumeur fut réduite au volume d'une noisette.—Un carcinome d'égale grosseur, situé sous l'oreille du même malade, fut traité par l'acide acétique, et au bout de 21 jours, après qu'on y eut injecté le contenu de 25 seringues de liqueur acide, il avait presque entièrement disparu.—Enfin, un carcinome gros comme un œuf de poule, qui s'était développé dans le sein d'une femme, commença à suppurer après dix injections, et dans l'espace d'un mois, il s'était réduit au volume d'une noisette. (*Union méd.*)—*Le Scalpel.*

—

Traitement des complications oculaires de la variole.—M. Grand publie dans les *Annales de la Sociétés de médecine de Sainte-Etienne* un travail sur les complications oculaires de la variole, et dans lequel il indique les soins à donner aux malades atteints dans ces circonstances. Un point important d'abord, c'est qu'on doit fréquemment examiner les yeux dans le cours de la variole et qu'il ne faut pas se laisser arrêter par l'œdème souvent considérable des paupières d'autant plus dangereux pour les yeux qu'il est plus considérable ; il faut, malgré les douleurs et à l'aide d'écarteurs, voir quel tes l'état de la cornée, si l'on ne veut pas s'exposer à se trouvér quelques jours plus tard en face d'un œil perdu ou gravement compromis. L'affection oculaire constatée. on doit la soigner comme si la variole n'existait pas. On doit alors nettoyer l'œil fréquement avec de l'eau tiède ou une décoction légèrement aromatique, en s'aidant au besoin d'une petite seringue de verre, entr'ouvrir l'œil pour faire sortir la sécrétion, et tant que l'on ne constate pas pas d'ulcération sérieuse de la cornée, faire sur les yeux des applications froides fréquemment renouvelées.

Dès que l'on constate la formation d'une pustule sur le bord des paupières, sur la conjonctive, ou sur le bord cornéen, la cantériser délicatement avec un crayon de nitrate d'argent, pointu. Adler rejette ce moyen, mais M. Grand croit qu'il a tort. On empêche ainsi bien des pustules conjonctivales d'envahir la cornée et d'y provoquer des ulcérations graves. Pour la phlyctène ou les pustules qui se forment vers la partie centrale de la cornée, c'est autre chose ; il faut certainement lais-

ser le nitrate d'argent de côté. Il laisserait presque sûrement des dépôts métailliques dans les lames de la cornée, et, par conséquent, une opacité indélébile troublant pour toujours la vue. Il vaut mieux attendre, mettre de l'atropine et un bandeau compressif, si c'est nécessaire, et surveiller la marche de la pustule; si elle devient un ulcère ou un abcès tendant à la cornée, il faut sans hésiter pratiquer l'opération de Sœmisch, c'est-à-dire débrider largement la cornée par une incision passant au travers de l'abcès et ouvrant la chambre antérieure. On guérit souvent ainsi, sans opacité presque, des lésions cornéennes qui, traitées de toute autre maniére, auraient peut-être amené la perte de l'œil, ou tout au moins laissé un leucome opaque.

C'est pour la même raison énoncée plus haut, que M. Grand déconseillerait complètement, dans les cas de lésion cornéenne, d'instiller des collyres au nitrate d'argent, à l'acétate de plomb, toutes choses irritantes, peu efficaces d'ailleurs, que s'incrustent dans le tissu cornéen ramolli.

Pour terminer il faut ajouter que, d'une manière générale, s'il survient des lésions graves nécessitant une intervention chirurgicale, on aurait tort de se laisser arrêter par l'existence de la maladie principale, la variole, et d'attendre que le malade soit rétabli. Il serait peut-être trop tard alors, et l'expérience à montré maintes fois que des opérations telles que des iridectomies, des paracentèses, des débridements de la cornée, ont donné d'excellents résultats chez des malades en pleine évolution variolique.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, AOUT 1879.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

Le recouvrement des honoraires.

Nous empruntons à notre confrère " Le Praticien " de Paris, l'excellent article ci-dessous. Nos lecteurs se consoleront peut-être de leurs ennuis, en voyant que ça n'est pas seulement au Canada que les services du médecin ne sont pas toujours bien appréciés, et ils pourront peut-être aussi faire leur profit des suggestions de notre confrère.

" Ce n'est pas tout, pour le praticien, de visiter ses malades, d'être jour et nuit, sans trêve ni repos, à la disposition du public, d'écouter avec bienveillance et les plaintes et les reproches ; ce sont les conséquences de sa situation, du role qu'il a à remplir, de la mission qu'il a acceptée. L'homme, et surtout l'homme malade, est loin d'être parfait, il s'emporte contre celui pui ne le soulage pas ou ne le guérit pas assez vite. Dès qu'il est revenu à la santé, il oublie si bien et si complètement la souffrance et la maladie, que souvent, par-dessus le marché, il ne se souvient pas non plus de payer son médecin. Quand donc nous avons conciencieusement fait notre devoir, que, le malade remis sur pied, notre tâche semble terminée, commence une autre série de tribulations : il faut faire rentrer l'*honorarium*, ce *pabulum vitæ* qui doit servir à payer les fournisseurs, le loyer, les contributions, la patente, etc. Que l'un de nous s'avise de se mettre en retard avec le fisc ! que, débutant à Paris ou dans une grande ville, il néglige de payer la patente écrasante qui vaut le luxe absolument indispensable d'un appartement *qui doit représenter*, il verra si on lui accorde les délais qu'il est bien forcé de donner à ses clients.

" En fait, il n'est pas de profession libérale ou commerciale dont les recouvrements soient plus laborieux que ceux du mé-

decin. Entrez dans un restaurant quelconque, faites-vous servir un repas; lorsque vient la carte à payer, il vous faut la solder immédiatement, quelle que soit même son exagération, sous peine d'être appréhendé au corps et conduit *coram populo* au commissariat de police, il y a même, je crois, un petit bout de loi qui taxe d'escroquerie le fait de manger sans avoir assez pour payer. Voyez-vous la figure que ferait l'honorable commissaire de votre quartier si vous le requériez de procéder contre un individu qui vous a subtilisé une consultation : vous risqueriez fort d'être arrêté vous-même comme atteint d'aliénation mentale.

" Il arrive quelquefois que le refus de payement atteint réellement les proportions d'une véritable escroquerie. Telle famille, par exmple, qui veut toujours avoir le médecin chez elle, qui est d'une exigence extrême (c'est toujours comme cela), n'a jamais payé un centime d'honoraires, elle a appelé successivement à la file tous les médecins du quartier, et grâce au train de la maison, à la fréquence forcée des visites qui semble constituer un client de premier ordre, elle a fait autant de dupes.

" Il répugne au médecin de recourir au juge de paix; je connais de nombreux confrères qui n'ont jamais voulu paraître dans une salle d'audience; on y est, en général, il faut l'avouer, exposé à tant de malveillance, que je ne saurais trop les approuver. Le plus ordinairement il faut accepter le concours d'un homme d'affaires, qui, s'il est honnête (*rara avis*), n'en absorbe pas moins le plus clair de ce qu'il finit par recouvrer. De plus, il en résulte souvent, pour le médecin, et une sorte de déconsidération, et parfois aussi certaines mésaventures. A ce sujet, permettez-moi de vous narrer une historiette bien typique.

" Nous étions réunis une douzaine de confrères, dans une maison bien connue pour sa gracieuse hospitalité, et qui appartient à un de nos plus distingués hydrothérapistes, là-bas, pas bien loin, tout près de l'Arc-de-Triomphe. *Inter pocula*, chacun racontait sa petite histoire, et une franche gaieté nous faisait oublier le souci, harnais quotidien. Celui qui tenait la palme parmi les plus joyeux conteurs, c'était le spirituel Dr P.... Permettez-moi de taire son nom, et de me contenter de vous dire que c'est un de nos praticiens les plus courus, qu'il vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur et, détail caractéristique, qu'il l'a parfaitement mérité. La conversation était justement tombée sur la difficulté du recouvrement des honoraires. Un des convives, chirurgien fort connu, venait ne nous raconter qu'il avait été obligé de faire saisir à la gare les malles d'une personne étrangère qui avait jugé convenable de venir se faire opérer à Paris, et qui, l'opération faite et réussie, trou-

vait fort économique de partir sans payer celui qui l'avait opérée et soignée.

" Il m'est arrivé plus fort que cela, dit le Dr P... Après avoir soigné un client, et avoir eu un résultat des plus heureux, non-seulement je n'ai pu être payé, mais j'ai été obligé de payer moi-même. C'était au moment de la construction de la rue de Châteaudun ; je rentrais chez moi en côtoyant d'un peu trop près un échafaudage, lorsque un homme que je pris pour un ouvrier tombe du deuxième ou du troisième étage, et manque de m'écraser. On le porte dans une pharmacie voisine et je me mets en devoir de lui donner les permiers soins. Il avait le bras droit fracturé, et après avoir maintenu les fragments au moyen d'un appareil provisoire, je l'engageai à se faire conduire à l'hôpital et je me disposai à me retirer, après avoir autant que possible réparé le désordre de ma toilette fort endommagée. " Mais, monsieur le docteur, me dit cet homme, je ne veux pas aller à l'hôpital, je désire être soigné chez moi. —Alors, mon ami, appelez votre médecin, mais vous en avez pour six semaines et vous serez peut-être embarrassé de faire des frais assez considérables, surtout sans pouvoir travailler.— Je ferai, monsieur le docteur, les frais qui seront nécessaires, et comme je suis l'entrepreneur de la maison, je pourrai peut-être, au bout de quelques jours, continuer à exercer une surveillance indispensable ; je n'ai pas de médecin, et je vous serai très-reconnaissant de vouloir bien vous-même me donner tous vos soins. "

" Dans ces conditions, je n'avais aucune raison de lui refuser, et je me rendis, dans un faubourg assez éloigné, au domicile de de ce client qui m'était ainsi tombé des nues. Il y avait chez lui une aisance ordinaire, la cour contenait les attirails habituels des entrepreneurs ; bref, aucune raison de croire que j'éprouverais la plus petite difficulté à toucher mes honoraires. Avec l'aide d'un confrère que j'avais ameneé, nous fîmes le nécessaire, et, le bras fracturé bien maintenu dans un appareil, notre blessé pouvait au bout de quelques jours surveiller ses travaux. A raison même du manque de repos absolu, son appareil se dérangeait un peu, et il me demanda de le visiter tous les jours. J'obtins de ne le faire que trois fois par semaine, et un mois et demi après, notre homme était parfaitement rétabli, les fragments s'étaient soudés dans un rapport parfait, je n'avais qu'à me féliciter du résultat chirurgical obtenu.

" J'envoyai ma note en y comprenant les honoraires du confrère qui m'avait assisté ; voyant rien venir, je réitérai cet envoi, et comme on ne bougeait pas, je me décidai à la remettre entre les mains d'un homme d'affaires qui dut appeler mon

client chez le juge de paix. Ce dernier commença par retrancher le montant de ce qui était dû au confrère qui m'avait aidé, sous le prétexte que c'était moi et non le malade qui l'avait demandé. Puis il réduisit le montant de mes réclamations, de façon que je ne rentrai même pas dans les frais de voiture que j'avais dû prendre pour aller dans ce quartier lointain; enfin, il mit la moitié des frais à ma charge.

" Je me croyais au moins le droit de me faire payer la modique somme qui me restait allouée, et n'ayant guère de ménagements à garder vis-à-vis d'un pareil individu, je laissai mon agent procéder à sa guise. Comme il y avait jugement exécutoire, un huissier pratique une saisie au domicile de mon client récalcitrant et de mauvaise foi. La réponse ne se fit pas attendre: je reçus à mon tour, par voie d'huissier une sommation à comparaître devant le tribunal, pour être déclarée nulle et non avenue la saisie pratiquée en mon nom, et, de plus, m'entendre condamner à deux mille francs de dommages-intérêts comme ayant nui à la réputation du sieur M., entrepreneur de maçonnerie, en faisant chez lui une saisie au moyen d'un jugement rendu contre son père.—Il parait que le local occupé par notre pseudo-entrepreneur était au nom de son fils et que j'avais toutes chances possibles pour être condamné. Ce fut l'avis d'un avocat de mes amis, il fallut transiger et payer tous les frais sans rien recouvrer."

" Eh bien! supposez qu'au lieu de devoir à son médecin, M., profitant des apparences, eût contracté à crédit une grosse dette vis-à-vis d'un négociant quelconque, qu'il eût commandé des marchandises en se donnant comme entrepreneur et en laissant croire qu'il était le propriétaire réel du matériel en évidence. Ne serait-il pas passible de la police correctionnelle?

" Il y a certainement lieu de chercher un remède à un pareil état de choses. Jadis, les auteurs et les compositeurs dramatiques, les gens de lettres étaient exploités de la façon la plus indigne; ils se sont réunis en société et ont confié à un comité, formé de quelques-uns d'entre eux, le soin de faire leur recouvrements; depuis, sans aliéner leur liberté, il ont cessé de perdre la majeure partie de ce qui leur était dû. Ne pourrait-on faire quelque chose d'analogue pour les médecins, ce serait un premier pas dans la voie d'un syndicat sérieux et profitable. Il serait possible de centraliser, au moins dans les grandes villes, les recouvrements litigieux; d'avoir, dans les cass difficiles, les avis de gens compétents et sérieux, avocats et avoués; d'éviter les bévues coûteuses dont peut rire aujourd'hui volontiers le Dr P... qui a une belle clientèle et une situation de fortune suffisante, mais dont pâtit le modeste médecin de quartier.

Enfin, par la centralisation même des notes en souffrance, on pourrait se procurer des renseignements précieux sur certaines personnes qui changent constamment de médecins, sans jamais en solder un seuls, et nous évitérions souvent de donner le spectacle de gens empressés à se remplacer les uns les autres auprès de clients de mauvaise foi qui abusent sans vergogne de notre défaut d'entente.

Société Médicale.

Séance du 13 juillet.

Présidence du Dr. Laramée.

Lecture du Dr. Lamarche sur les Epithéliums, nous la publions aujourd'hui.

C'est la première étude histologique qui ait été faite à la Société Médicale.

Dr. Brosseau.—Avec les infiniments petits, on fait les infiniments gros: tout l'immense édifice de la médecine repose dans les études histologiques; le microscope est devenu sa base, sa pierre angulaire. Le chirurgien comme le médecin doit comprendre que l'avenir et le perfectionnement de la médecine sont là. Une chose que j'aime à constater et qui est toute nouvelle sinon pour toute la Société Médicale, au moins pour le plus grand nombre de ses membres, est celle ci: C'est la forme essentiellement littéraire donnée par le lecteur à une étude aussi aride en apparence. Il nous a prouvé que la médecine et la littérature pouvaient bien se donner la main. Nous craignons trop, ou au moins nous négligeons trop la partie littéraire de nos travaux scientifiques; et cependant je ne vois pas ce que peut gagner la médecine en se présentant toujours froide et desséchée comme la géométrie. Qu'on n'oublie pas que l'alliance des lettres et de la médecine, ne peut que nous être avantageuse.

Dr. Hingston.—Les maladies de la peau étant toujours liées à une maladie de la muqueuse intestinale, ou au moins à un embarras gastrique, les études histologiques ne peuvent-elles pas donner la raison de ce phénomène pathologique.

Dr. Lamarche. — La formation de la muqueuse et celle de la peau ont pourtant une origine différente, la première se fait aux dépens du feuillet interne du blasteme et la seconde au moyen du feuillet externe. Il n'y a pas communauté d'origine ni même nature.

Dr. Hingston. — J'ai toujours pensé que cette sympathie à l'état pathologique, devait tenir à une alliance, une ressemblance intime des tissus. A ce sujet, j'aime à rappeler que Wilson reduit les maladies de la peau à trois divisions seulement, quant au traitement.

Dr. Laramée.—Au nom de la société, je remercie le docteur Lamarche. L'étude de l'histologie, trop négligée parmi nous, ne nous est pas moins indispensable, absolument nécessaire. Il est un proverbe qui dit : ce n'est pas l'habit qui fait le moine. Ici le proverbe est menteur. L'habit est le moine, les épithéliums sont tout, quelque mince que puisse être leur enveloppe, c'est la parole de Vichow : la cellule est tout. Notre organisation est une fabrique incessante de cellules. J'aime l'observation du Dr. Hingston, elle est pratique. Je me souviens que le Dr. Bibaud, dans ses cours, appelait la muqueuse, la peau interne. Est-ce que l'une ne doit pas venir au secours de l'autre. Et cet embarras gastrique ne serait-il pas une maladie de la muqueuse dans les maladies de la peau.

Dr. Lamarche.—Les épithéliums sont pourvus d'un appareil nerveux très-considérable : c'est là une découverte récente. Or, la présence des nerfs dans les épithéliums nous expliquent parfaitement comment une maladie de la peau a ses retentissements sur la muqueuse du canal digestif.

Dr. Laramée. — Les cellules muqueuses se reproduissent constamment, sans recevoir de sang, mais sous l'influence nerveuse. Est-ce que les cellules synoviales qui sont renfermés sont dans la même condition, et comment a-t-on pu le constater.

Dr. Lamarche. — Dans les études histologiques, l'injection est absolue. On la fait dans tous les vaisseaux sanguins, dans tous les plus petits capillaires. Par ce moyen on a pu constater que les épithéliums étaient sans vaisseaux sanguins, dans les synoviales comme ailleurs. Les épithéliums des synoviales ont la même vie ; la synovie forme la synovie. Les lymphatiques pompent les cellules mortes au moyen des stomates et et les charrient dans la circulation.

Dr. E. P. Lachapelle.—Le sujet du lectureur, est, pour nous, aussi difficile que nouveau ; il n'en a que plus de mérite. Que de mystères expliqués par l'histologie ! Ceux qui ont consacré à cette étude leur existence, la lui ont consacrée avec un enthousiasme surprenant, enthousiasme qui est allé souvent jusqu'à la passion et il a fait mépriser à ceux qui en étaient épris, les lauriers autrement faciles du praticien. Cela doit nous prouver que l'histologien'est pas une étude aride et sans attrait : elle possède au contraire des richesses qui rendent le savant ambitieux, comme un chercheur d'or. Cela peut paraître sur-

prenant; les faits n'en sont pas moins là pour nous prouver cette vérité. Je suis heureux que l'année académique de notre société, se termine par un travail d'une aussi grande importance: c'est faire la clôture savamment, et je crois que nous devons tous faire le souhait du lecteur, c'est-à-dire souhaiter que son étude développe parmi nous le goût pour l'histologie comme étant une des connaissances indispensables au praticien.

Nous faisons le même souhait, que tous les membres de la Société médicale, consacrons une partie de notre temps aux études histologiques, champ nouveau de la médecine, champ d'hier, qui n'en est que plus vaste, et ou la moisson est toute féconde. Pas de médecine sans histologie: sans elle on se traine dans une routine sans mérite et l'on est loin de coudoyer la science. Le Dr. Lamarche—qui redevient aujourd'hui notre collaborateur dévoué, à qui nous sommes fier de rendre la place qu'il avait forcémet abandonnée,—vient de le dire dans une comparaison magnifique: la médecine c'est Venise; il faut remplacer ses sables mouvants, par des pilotis solides.

S. L.

La fièvre jaune.

Au moment ou le Journal est sous presse, nous apprenons que la fièvre jaune est signalée à Memphis, tandis que des villes plus éloignées dans le Sud en sont encore à l'abri. Rien d'extraordinaire dans cet état de choses de prime abord non naturel: Memphis ne s'est pas tenue sur ses gardes, n'a pas demandé secours à l'hygiène des épidemies, des maladies pestilentielles; elle s'est crue impeccable, et c'est constituée ainsi elle-même victime imprudente du terrible fleau.

Plus que cela, des cas de fièvre jaune sont signalés à New-York, et plus près de nous à Toronto. Revenons à Memphis. La maladie a originé dans un vieil hotel on elle avait fait ses ravages tout à loisir l'an dernier. Il n'y a pas de doute qu'on avait négligé de passer là le charbon purificateur et que les germes de la maladie qu'ils soient infusoires ou champignons quelconques, y ont fait leur ponte à leur aise sous les tapis ou sur les lits, attendant leur saison pour reparaître et ravager...

Memphis, ville toute pleine de gaité et d'avenir est distinée à mourir, déjà va-t-elle passer à l'état de légende, comme cette autre Memphis qu'un autre fléau, a transformée en solitude et en tombeau.

C'est là une bien triste calamité, et qui si elle se repète une troisième année, pourrait bien rendre désert ce coin de l'Amerique, si fréquenté et si riche. Au prochain numéro les détails de l'épidemie. Puissions nous n'en avoir aucun à donner.

Livres et brochures reçus.

Recensement du Canada, Volume V.—Les quelques lignes suivantes que nous reproduisons de l'introduction de ce volume, en feront suffisamment voir toute l'importance et tout l'intérêt :

" Ce volume clot la série des travaux statistiques qu'il a été possible d'exécuter comme complément des recensements de l'Amérique Britannique du Nord ; il se partage en deux parties :

" La première donne les grands chiffres des recensements de 1851, 1861 et 1871, dans leurs rapports proportionnels avec la population et le territoire ; la seconde présente l'ensemble des mouvements de la population, depuis l'origine des premiers établissements européens. Le tout se termine par un tableau du résultat d'études faites sur la longévité humaine en Canada."

Des névroses spasmodiques, de leur origine, de leurs rapports et de leur traitement, par le Dr E. Gelineau, ancien médecin de la Marine, Paris, 1879.

The Transactions of the American Medical Association, instituted 1847, vol. XXIX. Philadelphia, 1878.

Rapport de l'état sanitaire de la cité de Montréal, pour l'année 1878, par le Dr A. B. Larocque, officier de santé.

NOUVELLES MÉDICALES.

Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal.—Cette Faculté ouvrira ses cours, mercredi, le 1er Octobre prochain, dans la bâtisse actuellement occupée par l'Ecole Normale et située sur la rue Notre Dame, en face de l'Hôtel de Ville. Ce local, mis généreusement à la disposition de l'Université Laval par le Gouvernement de la province de Québec, convient parfaitement pour une école de médecine, tant par sa position centrale que par son isolement.

Les octrois généreux du Séminaire St Sulpice et du Gouvernement mettent la nouvelle Faculté en mesure d'ouvrir ses cours avec tous les éléments nécessaires à un enseignement pratique et conforme au progrès de la sience médicale.

Des arrangements ont été pris, avec le consentement de Mgr de Montréal, pour assurer aux élèves de la nouvelle Faculté tous les avantages de la visite des hôpitaux, maternités et dispensaires.

—

Nomination.—Nous apprenons avec plaisir la nomination de M. le Dr. Jos. Ed. Badeaux comme Coroner pour le district des Trois-Rivières. Nous ne doutons pas que M. le Dr Badeaux s'acquittera parfaitement des devoirs importants de sa nouvelle charge et que le Gouvernement pourra se convaincre une fois de plus, que cette position devrait toujours être occupée par un médecin. En effet, que de plaintes malheureusement trop souvent fondées et que d'erreurs judiciaires malheureusement trop funestes à l'exercice de la justice, n'aurait-on pas évitées, si on eut toujours choisi des médecins pour agir comme Coroner et conduire les enquêtes *post mortem*. Espérons que le Gouvernement ne s'arrêtera pas en aussi bon chemin, et qu'avant longtemps tous les autres districts judiciaires de la province de Québec n'auront plus rien à envier, sous ce rapport, à celui des Trois-Rivières.

—

Professorat —Nous apprenons avec plaisir que MM. Azarie Brodeur et A. A. Foucher, actuellement à Paris, et M. Soluste Duval sont devenus professeurs de la Faculté de Médecine de l'Université-Laval à Montréal.

—

Lactopeptine.—Les chaleurs de l'été nous amènent leur cortège habituel de maladies des voies digestives. Aucun doute que les soins hygiéniques et un régime sévère ne soient les moyens les plus efficaces pour prévenir ces accidents; mais en même temps, il ne faut pas oublier combien il est important de corriger l'irritabilité morbide des voies digestives, surtout chez les enfants. Pour obtenir ce but, bien peu de remèdes peuvent rivaliser, croyons-nous, avec la *Lactopeptine* qui réunit tous les éléments essentiels à une digestion normale. L'expérience que nous avons de cette préparation nous autorise à la recommander à la profession.

NAISSANCES.

—A Waterloo, P. Q., le 16 juillet, la dame de Joseph Du charme, Ecr., M.D., une fille.

—A Southbridge, Mass., le 24 juillet dernier, la dame du Dr J. A. Robillard, un fils.

—A Gentilly, le 29 juillet dernier, la dame de J. E. A. Lanouette, M. D., un fils.

TRAVAUX ORIGINAUX.

La diarrhée des enfants, Etiologie et thérapeutique.

par H. E. Desrosiers, M. D. L.

(*Suite et fin.*) (1)

Qu'une mère soit ou non en état de nourrir de son propre lait l'enfant qu'elle vient de mettre au monde, il est rare qu'elle ne lui laisse pas administrer, quand elle ne les lui administre pas elle-même, et cela, dès les premiers jours qui suivent la naissance, de la bouillie, du corn-starch, ou du biscuit pilé dans du lait, quand ce n'est pas pis encore. Cette malheureuse pratique est beaucoup plus générale qu'on le pense, non seulement dans la classe pauvre, mais même, et nous serions tenté de dire *surtout* dans la classe riche et vraisemblablement la plus intelligente. Ce que l'on veut avant tout, c'est que l'enfant engraisse, et l'on s'imagine qu'il faut, pour en venir à cette fin, mettre de côté le régime lacté pour lui substituer les farinacés et une nourriture demi-solide. Ou bien l'on se dit: "Si le *baby* pleure, c'est qu'il a faim." Et, ce mot de *faim* appelant l'idée d'une alimentation substantielle, on adopte celle-ci au grand détriment du principal intéressé. Or qu'arrive-t-il alors? Les glandes salivaires ne sécrétant pas leur suc normal avant le septième ou le huitième mois de la vie extra-utérine, il s'en suit qu'avant cette époque les matières amylacées ne subissent aucune digestion dans l'estomac, y séjournent plus longtemps qu'elles ne devraient, puis y donnent lieu à une fermentation dont les produits irritent d'abord et finissent par enflammer bien souvent la muqueuse gastrique et intestinale. Alors surviennent les vomissements, coliques, diarrhée, etc., que l'on essaye de calmer au moyen de boissons spiritueuses telles que gin, brandy, etc. ou de quelque sirop narcotique. Il va sans dire qu'on n'y réussit qu'à demi, vû que la source pre-

(1) Une erreur typographique s'est glissée dans l'impression de la première partie de ce travail. A la page 354, ligne 15e, les mots "*les erreurs de diète et de régime*" doivent être lus *à la ligne* au lieu d'être mis entre parenthèses.

mière de la maladie est sans cesse renouvelée, et l'enfant dépérit à vue d'œil. Mais on n'en continue pas moins à le *bourrer* de bouillies et de potages dont la mort seule vient le délivrer. Si, comme cela arrive quelquefois, la sécrétion lactée manque absolument chez la mère, l'odieux système d'alimentation par les bouillies, est, pour la plupart du temps, mis en réquisition dans toute sa rigueur, dès le premier jour, et, comme l'on s'imagine assez innocemment, qu'un aliment solide ou demi solide doit contenir plus de substances nutritives qu'un liquide, il n'y a plus de raison de discontinuer le système en question. Si au contraire la mère a la bonne fortune d'avoir assez de lait pour nourrir son enfant, il est assez rare qu'elle ne cherche pas à lui donner autre chose encore, toujours dans la pensée que le lait ne suffira pas à le soutenir. Et la bouillie de se produire, et la diarrhée, coliques, vomissements, etc., de se déclarer. Si encore on se contentait d'administrer ces aliments en quantité modérée, ce serait déjà un grand mal sans doute, mais au moins on pourrait ne le regarder que comme un demi-mal, mais l'expression *bourrer* dont nous nous sommes servi tout à l'heure est la seule qui puisse rendre exactement la façon péremptoire avec laquelle on s'acquitte de cette partie du devoir d'alimentation. Et pendant tout ce temps, le pauvre petit que l'on martyrise de la sorte ne demanderait qu'à prendre le sein de sa mère et à y puiser la vie.

Dans un opuscule que nous voudrions voir entre les mains de toutes les mères de famille, feu M. le docteur Grenier disait : " Il est rare, à Montréal, de trouver un enfant nourri complètement au sein de sa mère ", (1) et l'on peut ajouter aussi : Il est rare de rencontrer une ville où les enfants meurent aussi facilement qu'à Montréal.

Dans d'autres cas encore l'enfant est nourri exclusivement au sein de la mère, ou, à défaut de ceci, *à la bouteille*, jusqu'à l'âge de trois ou quatre mois, puis, sans avoir égard à aucune considération de temps, d'âge et de saison, on lui fait changer sa diète presque subitement, on le sèvre, en un mot, tant pour épargner à la mère des fatigues souvent imaginaires, que dans le but *d'engraisser* plus vite le baby. Bien souvent on choisit les mois de juillet et août pour faire subir à celui-ci ce changement de régime, et voilà, en même temps, deux causes actives de troubles gastriques et intestinaux.

D'autres fois enfin, on ne sèvre les enfants qu'à l'époque ordinaire, vers sept ou huit mois, mais on ne sait pas y mettre

(1) *Quelques considérations sur les causes de la mortalité des enfants, etc.*, par le Dr. Georges Grenier, Montréal, 1871.

les précautions nécessaires. Au lieu de ne leur donner qu'en petite quantité à la fois, et avec ménagements, les aliments plus substantiels que le lait, ou bien de mettre soigneusement de côté tout article de digestion difficile, et de regarder le lait comme devant, après tout, former la base de l'alimentation infantile, surtout à une époque où la dentition constitue déjà à elle seule une cause puissante de dérangements intestinaux, au lieu de tout cela, disons-nous, on se croit obligé de faire ingurgiter à l'enfant toute espèce de nourriture, pommes de terre, viandes, légumes, fruits. "L'enfant mange comme nous," disent les parents, et il le fait, hâtons-nous de le constater, non-seulement à l'heure ordinaire des repas, mais à toute heure du jour et même de la nuit. Que d'enfants ont continuellement à la main, (et à la bouche aussi, tout naturellement,) qui une pomme de terre, qui un morceau de pâtisserie, etc. C'est ici surtout que l'adage trouve son application. " Plus occidit gula quam gladius."

L'importance, ou pour mieux dire, la nécessité du régime lacté dans l'alimentation de l'enfance saute tellement aux yeux qu'il semble superflu d'insister davantage. De fait, nous n'aurions pas, comme nous venons de le faire, appuyé sur ce point, si nous n'eussions été trop souvent le témoin de l'incurie de certains parents et même de certains médecins en ce qui regarde l'hygiène de la première enfance. Nous avons vu des médecins qui, appelés à donner leurs soins à ces petits malades, ont pour tactique d'approuver sans distinction et sans restriction toutes les idées et opinions des parents à ce sujet. Si la mère leur demande : " Mon enfant n'a qu'un mois à peine, mais je lui donne déjà de la bouillie. Est-ce que je fais bien ? " ils répondent invariablement : " *Oui, madame !* " Ou bien, " J'ai envie de sevrer le baby, ne croyez-vous pas que je n'en serais que mieux ? "—" *Oui, madame !* "—Quelque fantaisie qui puisse passer par la tête de la maman, elle est sûre de rencontrer la haute et *intelligente* approbation du médecin. De semblables faits se rencontrent tous les jours, et malheureusement, ils ne sont pas à l'honneur de la profession.

L'étude que nous venons de faire des causes de la diarrhée infantile nous amène à présenter maintenant quelques considérations relatives au traitement de cette affection.

Les mesures prophylactiques devront tout d'abord recevoir la plus sérieuse considération de la part du médecin. Prévenir une maladie vaut toujours mieux que la guérir. Ainsi, si le voisinage des habitations est malsain, si l'atmosphère y est viciée par une ou plusieurs des causes que nous avons énumérées, il faudra de toute nécessité soustraire les enfants à l'in-

fluence délétère du milieu dans lequel ils vivent, et pour cela, si la chose est possible, leur faire passer les mois d'été à la campagne. Ce sera les soustraire, du même coup, à une des principales causes prédisposantes de la diarrhée infantile, la chaleur. Que l'on n'oublie pas qu'il faut avant tout aux enfants un air pur. Si le séjour à la campagne est impossible, comme il l'est toujours pour un grand nombre de familles pauvres, on devra promener les enfants au grand air, dans les jardins publics, ou dans les rues exposées à l'action *purifiante* et vivifiante des vents, observant toujours dans ces sorties les règles de la prudence et de l'hygiène en ce qui concerne les vêtements des enfants. Ces vêtements ne devront pas être trop légers, ni l'être trop peu. La tête du baby devra être suffisamment protégée contre l'action directe des rayons du soleil, etc. La mesure prophylactique par excellence sera l'*allaitement maternel.* La mère devra toujours, si elle le peut, nourrir elle-même son enfant. Le lait maternel est pour celui-ci la nourriture la plus naturelle, celle que l'auteur même de la nature a donnée pour aliment au jeune être. L'allaitement maternel devra être *exclusif.* S'il était impossible, pour une cause ou pour une autre, comme il est très rare de trouver des nourrices en ce pays, il faudra donner à l'enfant le lait de vache, plus ou moins étendu d'eau, suivant les besoins de chaque cas, et *non bouilli.* Quelques enfants pourront se trouver très bien du lait pur, sans addition d'aucun autre liquide, mais en général, il faudra *baptiser* le lait. Beaucoup dépendra aussi de la qualité du lait employé et des proportions relatives de matière grasse, de caséine ou de sucre qu'il contiendra. Autant que possible, il faudra que ce soit le lait d'une seule vache, et que celle-ci, bien entendu, ne soit pas malade. Nous avons dit que le lait devra être étendu d'eau. En effet, le lait de vache contient beaucoup plus de caséine que le lait de femme. En revanche, il est moins riche en sucre. De là encore, la nécessité d'y ajouter un peu de ce dernier ingrédient. Voici la formule que propose Chavasse pour l'administration du lait de vache à l'enfant que sa mère ne peut nourrir (1) :

Lait frais—(d'une seule vache)—Eau chaude=parties égales de chaque. Sel de table=quelques grains (une pincée); sucre blanc=quantité suffisante. Cette formule pourra être modifiée suivant les exigences de chaque cas en particulier et suivant les accidents qui seraient aptes à se produire. Le lait devra être donné à une température égale à celle du lait ma-

(1) *Counsel to a mother, &c.*, by P. H. Chavasse, M.D., F.R. C.S.—London 1872.

ternel, c'est-à-dire à 98°, mais, nous le répétons, *non-bouilli*. Faire bouillir le lait, c'est lui enlever une partie de ses propriétés nutritives et exposer l'enfant à la constipation, Le lait ne devra être bouilli que si l'enfant est affecté de diarrhée.

Si l'on fait usage de bouteilles (*feeding-bottles*), celles-ci car il devra y en avoir au moins deux) devront être tenues dans un état de propreté minutieuse et même scrupuleuse. C'est là un point que l'on oublie ou néglige trop souvent. L'estomac de l'enfant est si délicat qu'il se révoltera littéralement, si le lait qu'on lui administre contient la moindre parcelle de matières impures. Et l'on sait que rien ne s'altère plus rapidement que le lait.

Nourri au sein ou à la bouteille, l'enfant aura dû être habitué à ne prendre ses repas qu'à des heures fixes, toutes les deux heures pendant le jour, et toutes les trois heures pendant la nuit, durant les deux premiers mois, et ainsi de suite, d'une manière proportionnée pour les autres mois.

Il va sans dire que le médecin sera tenu de proscrire sévèrementet absolument toute nonrriture farinacée, toute bouillie, etc., avant que l'enfant ait atteint l'âge de sept ou huit mois, c'est-à-dire avant que le tube digestif soit prêt à digérer ces substances. Il faudra aussi que le médecin tienne *mordicus* à sa défense, ne se laissant influencer ni par les sollicitations de la famille de son patient, ni par la crainte d'avoir à subir des reproches si l'enfant vient à succomber en dépit de tout. Vers sept ou huit mois on pourra ajouter quelques articles farinacés au lait que l'on donne à l'enfant, ayant toujours soin de le faire d'une manière graduelle, et de revenir à la diète lactée absolue ou au lait étendu d'eau, s'il se manifeste quelque trouble du côté des fonctions digestives; se rappelant enfin que jusqu'à deux ans le lait doit former la base de l'alimentation infantile.

En agissant de la sorte, on n'aura à redouter aucun accident sérieux lors du sevrage qui devra être graduel, pour ainsi dire, et ne jamais se faire avant le septième mois, autant que possible. Au reste le sevrage ne peut se faire à toute époque de l'année. Si l'enfant n'a pas été sevré avant juin, il faudra différer le sevrage jusqu'à septembre, alors que la période des plus grandes chaleurs est passée.

Appelé à donner ses soins à un enfant atteint de diarrhée, le médecin s'informera tout d'abord si les mesures diétético-hygiéniques ci-haut énumérées ont été exactement prises; si oui, il devra les faire continuer et veiller de près à ce qu'elles soient suivies; si non, raison de plus pour insister sur leur adoption. Aucune mesure thérapeutique, aucun médicament ne pourra

triompher de la maladie si la cause n'est préalablement enlevée, ainsi que les conditions qui en favorisent le développement et le progrès. Nous croyons fermement que dans le traitement de la diarrhée infantile les mesures thérapeutiques ne doivent venir qu'en dernier lieu, et c'est pour cette raison que nous insistons surtout sur la diète, le régime, et en général, sur les mesures hygiéniques. Si l'on a lieu de soupçonner la présence de matières irritantes dans les intestins de l'enfant, rien ne soulagera autant le petit malade qu'un laxatif *v. g.* une dose d'huile de Ricin. Très souvent la diarrhée cessera alors comme par enchantement. Si elle persiste, et qu'il y ait acidité des sécrétions gastriques et intestinales, les selles contiendront alors, de petits grumeaux d'apparence caséeuse, et auront avec une odeur décidément infecte, une réaction acide. Une cuillerée à thé d'eau de chaux donnée avant chaque repas aura bientôt raison de ce trouble. Au lieu d'administrer l'huile de Ricin, le Dr. A. A. Smith la remplace par la formule suivante :

R. Pulv. Rhaei Rad. gr xv
Sodæ Bicarb..... gr xxv
Aquae Menth pip ℥ij

M.—Dose : une cuillerée à thé, comme laxatif, pour un enfant de un à quatre mois (1). Ici nous avons, réunis, les effets laxatifs de la rhubarbe, en même temps que ses soit-disants effets astringents, ceux d'un alcalin, d'un sédatif, et enfin l'action antiseptique de la menthe.

Dans un grand nombre de cas, la diarrhée simple cèdera aux moyens les plus simples aussi, tels que l'addition au lait, en quantité variable, de l'eau de riz, ou mieux de l'eau d'orge (barley-water), ou bien la dilution plus ou moins grande du lait avec de l'eau pure, ou encore l'abstinence complète de lait pendant douze ou vingt quatre heures durant lesquelles on ne donne à l'enfant que de l'eau d'orge, jusqu'à ce que l'irritation stomachale et intestinale soit calmée. Si l'enfant est encore au sein, il sera bon de le mettre aussi à cette diète. Si la diarrhée n'en est pas soulagée on pourra avoir recours aux médicaments.

Le Dr. J. Lewis Smith vante beaucoup, et avec raison, croyons-nous, les effets du bismuth et de l'opium dans le traitement de la diarrhée simple, avant la manifestation des

(1) *Therapeutics of diarrhœa in children* by. A A. Smith, lecturer on clinical medecine in Bellevue Hospital, New-York, 1879.

symptômes hydrocéphaloïdes. Le bismuth est aujourd'hui d'un usage presque banal dans la thérapeutique des diarrhées en général, mais peut-être ne réussit-il jamais d'une façon aussi satisfaisante que dans la diarrhée des enfants. On ne doit pas craindre de l'administrer à doses élevées ou fréquemment répétées. Donné de cette manière, il produit les meilleurs résultats. Six ou douze grains forment la dose ordinaire pour un enfant de six à douze mois, mais on peut la pousser bien au-delà. On peut combiner le bismuth soit avec la poudre de craie et opium, soit avec celle de Dower. Lewis Smith le donne en suspension dans un véhicule aqueux, comme suit :

℞. Tinct. Opii deodoratæ gtt xvi
Bismuthi Subnit ..... ʒij
Syrupi ..... ℥ss
Aquæ..... ℥iss

M.—Dose : une cuillérée à thé pour un enfant de un an.

Pour notre part, nous n'avons qu'à nous louer de l'emploi du bismuth dans cette maladie. Jamais il n'a manqué son effet. Sa combinaison avec l'opium n'est pas absolument nécessaire. La Belladone agirait peut-être d'une manière aussi heureuse que le Laudanum, tout en étant moins préjudiciable à l'enfant.

Si la maladie a atteint la période de prostration (hydrocéphaloïde), on ne devra donner l'opium qu'avec une extrême prudence, continuant cependant l'administration du bismuth. A cette période les toniques et les astringents seront surtout de mise et la prescription suivante aura de bons effets :

℞. Tinct. Calumbæ.. ʒij
Liq ferri nitratis gtt xviii
Syrupi ..... ℥ij

M.—Dose : une cuillérée à thé.

En même temps il sera bon d'administrer les stimulants, et entre autres, le brandy, dont la dose varie selon l'âge. Pour un enfant au-dessus d'un an, donnez trois gouttes pour chaque mois de l'âge de l'enfant toutes les deux ou trois heures. Cette dose suffira dans la plupart des cas où l'emploi des stimulants sera indiqué. Certains auteurs recommandent le champagne à la glace, s'il survient des vomissements opiniâtres. Dans ces cas d'irritation stomachale accompagnée de vomissements, l'application d'un sinapisme à l'épigastre, accompagnée ou non de l'injection hypodermique d'une faible dose de morphine, sera suivie d'un soulagement prompt et le plus souvent perma-

nent. En fait d'astringents, on pourra choisir, dans la nombreuse liste que nous en donne la pharmacopée, ceux qui conviendront le mieux à chaque cas. West donne la préférence au bois de Campêche combiné à la teinture de cachou. Il considère le bois de Campêche comme étant non-seulement un astringent, mais un tonique précieux dans tous les cas de désordre gastro-intestinal ; l'enfant le prend ordinairement sans répugnance (1).

Quand la diarrhée est flatulente, les carminatifs seront requis. Le prof. A. A. Smith dit avoir obtenu d'excellents résultats de la combinaison suivante :

R. Magnes Calcin... ʒi
Spt. amm. arom. m. XL
Tinct. Assafœtid. ʒi
Anisette ..... ʒvi
Aq. cinnam. Q. S. ad ℥iv

M.—Une cuillérée à thé toutes les demi-heures jusqu'à soulagement, pour un enfant de quatre semaines à quatre mois.

Si la diarrhée prend le caractère inflammatoire (Dyssenterie) avec fièvre, selles caractéristiques, épreintes violentes, il deviendra nécessaire d'agir plus énergiquement. Si cette dyssenterie se montre dès le début et peut être rattachée à la présence de matières irritantes dans le gros intestin, on donnera de suite un laxatif qu'on fera suivre de calmants. La diète, en même temps, devra être excessivement simple. La teinture d'opium camphrée et, en général, les préparations camphrées seront d'un grand service dans ces cas d'inflammation. Les calmants agissent mieux quelquefois si on les administre par le rectum. Il ne faudra pas oublier non plus d'appliquer des fomentations chaudes sur l'abdomen du petit malade, fomentations qu'on pourra faire précéder d'un grand sinapisme. Beaucoup d'auteurs recommandent encore comme application locale, un sac d'épices (*spice-bag*) que l'on fabrique ainsi : Prenez : clou de girofle, piment, cannelle et anis, une demi-once de chaque. Broyez grossièrement dans un mortier et placez dans un sac de flanelle ayant à peu près six pouces carrés. Faites tremper le sac pendant quelques minutes dans parties égales de brandy chaud et d'eau, puis appliquez sur l'abdomen, ayant soin de renouveler l'application aussitôt que le sac se refroidit. C'est là un moyen de calorification locale

[1] *Lectures on the diseases of infancy and Childhood*, by Charles West, M.D., F.R. C.P., London, page 532.

qui conviendra peut-être mieux en certains cas que les cataplasmes de graine de lin. Cependant il ne faudrait pas négliger ceux-ci, non plus que les cataplasmes de son, fréquemment répétés et toujours appliqués aussi chauds que possible.

S'il y a grande irritabilité du système nerveux, un bain *tiède*, administré deux fois le jour, ou plus souvent, calmera cette irritabilité, d'après West, et préviendra même des accès de convulsions. Mais, voici qui vaut peut-être mieux encore. Le meilleur moyen de réduire la température, généralement accrue à un si haut degré dans la diarrhée inflammatoire, est l'application de l'eau froide à la surface du corps. Or rien ne calme autant cette irritabilité nerveuse dont nous venons de parler, que ces applications d'eau froide, soit au moyen d'un bain ordinaire, soit avec l'éponge, soit enfin avec l'appareil de Kibbe. Si la température ne s'élève pas au-dessus de 102°, de simples bains d'éponge pourront suffire. Mais pour peu que le thermomètre placé dans le creux de l'aisselle ou mieux encore dans le rectum, indique une température supérieure à 102°, il sera mieux d'appliquer l'appareil de Kibbe ou tout autre appareil qui le puisse remplacer—et le plus simple sera le meilleur. Nous doutons fort que de tels moyens de traitement puissent jamais être en grande faveur parmi notre population, qui, il faut bien le dire, a une peur instinctive de l'eau froide, et le médecin qui osera les proposer s'exposera souvent à perdre la confiance de ses clients. Ne serait-il-pas temps de combattre une bonne fois ces préjugés ?

Il existe encore un autre préjugé qu'il importe grandement de détruire. C'est celui qui veut que la diarrhée de dentition doive être respectée comme étant salutaire à l'enfant. Est-il rien d'aussi absurdement coupable que cette idée-là ? Que d'enfants en ont été les victimes ! Nous avons vu que la diarrhée de dentition était due à l'irritation produite sur les nerfs des gencives, amenant par phénomène réflexe une contraction exagérée des fibres musculaires de l'intestin, et, par phénomène réflexe aussi, un trouble dans les sécrétions gastriques et intestinales. Si les gencives sont rouges, tuméfiées et sensibles, leur scharification suffira très fréquemment à calmer cette irritation et à faire cesser la diarrhée. Sinon, on aura recours à quelque agent qui puisse produire le même effet sédatif sur le système nerveux. On vante beaucoup les Bromures dans ces cas, et si nous en croyons l'expérience de ceux qui les ont expérimentés, les résultats de leur emploi seraient très-satisfaisants. On donne indifféremment le Bromure de potassium ou celui de sodium à doses de $\frac{1}{2}$ à 2 grains toutes les trois heures pour un enfant de six mois à un an.

Il est très importants d'assurer aux enfants malades de diarrhée une tranquillité parfaite, en les plaçant dans une chambre demi-obscure éloignée de tout bruit. Ces précautions sont justifiables en vue de la grande impressionnabilité du système nerveux chez les enfants. Ils devront rester couchés la plupart du temps, s'ils n'ont pas plus d'un an, et il faudra faire grande attention à ne les remuer que le moins possible et jamais brusquement. Encore moins doit-on les promener dans les bras ou les faire *sauter* pour appaiser leurs cris. La chambre des petits malades devra être *parfaitement ventilée* et tenue à une température convenable. Qu'on ne craigne pas que l'enfant prenne froid. L'air frais et le repos valent infiniment mieux pour lui que bien des médicaments.

Il y aurait encore beaucoup de considérations à présenter au sujet du traitement de la diarrhée infantile. Mais ce que nous venons d'en dire pourra peut-être suffire à indiquer les principaux points sur lesquels le médecin devra surtout insister.

Communication.

EMPOISONNEMENT PAR LE VERT DE PARIS.

CHER MONSIEUR,

Mes occupations ne m'ont pas permis de vous envoyer avant ce jour, comme je vous l'avais promis, les détails sur la maladie et la mort des enfants Monette, empoisonnés par le vert de Paris. Aujourd'hui encore, ce n'est qu'avec beaucoup de difficulté, et, très à la hâte, que je puis m'acquitter de ma promesse. J'espère que vous serez assez bon de me pardonner si lesdétails ne sont pas donnés d'une manière plus soignée.

Les membres de la famille Monette, comme les journaux vous l'ont déjà apprit, étaient au nombre de *huit*. Cinq ont été malades et, sur ce nombre, deux ont succombé. Les malades étaient le père, la mère, une fille de 14 ans, un garçon de 11 ans et un autre de 6 ans. Vers la fin de juin, on commença à remarquer les mêmes symptômes chez tous les cinq. Il y avait rougeur des yeux et bouffissure de la face. Les parents, ne pensant avoir affaire qu'à une inflammation ordinaire des yeux, firent peu de cas de la maladie d'abord, et ce n'est que dix-sept jours après que je vis la petite fille pour la première fois. La malade était pâle et abattue. Il y avait déjà prostration. L'enfant avait perdu l'appétit dès le commencement de la maladie.

Il y avait inflammation du globe de l'œil et des paupières avec bouffissure de la face, surtout autour des orbites. Elle se plaignait d'un engourdissement des ailes du nez, des lèvres, de la langue et de tous les muscles de la face. Je remarquai beaucoup d'irritation au bord des narines, sur la membrane muqueuse nasale et sur la partie interne des lèvres. Sur le palais, j'observai une foule de petits points ulcérés. Les gencives étaient très enflammées et d'une couleur rouge-violet, il existait un peu de salivation. Ce dont elle se plaignait le plus était une forte constriction à la gorge et des douleurs dans l'estomac. Une particularité qui me frappa fut un engourdissement des avant-bras et des mollets avec de fortes crampes, lorsqu'elle voulait marcher ou saisir un objet quelconque.

Les mêmes symptômes étaient présents chez tous les autres malades; quoique moins prononcés chez ceux qui ont survécu.

Je n'ai vu les autres malades que le 20 juillet. Je fus d'abord embarrassé à la vue de ces cas; mais je m'aperçus bientôt que j'avais affaire à un empoisonnement lent par quelque préparation arsénicale. Néanmoins, les parents, malades eux-mêmes, refusèrent de croire à mon diagnostic, et je les perdis de vue.

Ce ne fut que le 30 juillet que l'on me fit appeler de nouveau. A mon arrivée, je trouvai la fille de 14 ans et le garçon de 11 ans à la dernière extrémité. Les symptômes que j'ai décrits plus haut étaient encore plus prononcés, et de plus, il y avait diarrhée abondante et douleurs très fortes dans l'estomac. La fille mourut le 2 août et le garçon le lendemain. Les trois autres malades étaient dans un bien triste état; mais, aujourd'hui, ils sont en pleine convalescence. Je n'ai pas remarqué de délire chez les deux malades qui ont succombé; ils ont conservé leur intelligence jusqu'à la mort. J'attribuai la maladie à l'empoisonnement chronique par le vert de Paris et je n'ai pas hésité à donner mon opinion dans ce sens.

Après assez de difficultés, je réussis à obtenir la permission de faire l'autopsie du cadavre de la jeune fille avec l'assistance du Dr Dubé et de MM. B. Joanette et A. Gaboury, E. M. Nous avons examiné les intestins, l'estomac, l'œsophage et la trachée ainsi que les poumons, le cœur et le foie. Nous n'avons rien trouvé de remarquable dans les intestins. L'estomac était très enflammé, la muqueuse était recouverte d'un liquide muco-purulent formant une couche très épaisse. L'inflammation était beaucoup plus prononcée dans la grande courbure de l'estomac. Je n'ai pas remarqué d'ulcérations; mais il y avait ramollissement de la muqueuse. L'intérieur de l'œsophage était recouvert d'abcès de la grosseur d'un pois et rempli d'un pus verdâtre. Latrachée était aussi fortement conges-

tionnée et parsemée de petits abcès. Les poumons, le cœur et le foie étaient à l'état normal.

Après l'autopsie, je restai plus convaincu que jamais que j'avais eu affaire à un empoisonnement.

M. Monette s'est beaucoup servi de vert de Paris pour détruire les punaises à patates. Toute la famille fut employée à cet ouvrage, qui se faisait de deux manières : tantôt on saupoudrait le sel sur la plante, et tantôt on se servait d'une solution aqueuse. Il paraîtrait, au dire des voisins, que le poison était gardé sans précaution dans la maison. Il y en avait dans plusieurs vases à la fois et même jusque sur les bancs sur lesquels les cultivateurs mettent leurs sceaux à eau. On rapporte de plus, qu'il y en eût de répandu sur le plancher. Et, ce qui est pis, ils en conservaient dans le garde-manger. Je ne puis m'expliquer exactement de quelle manière s'est produit l'empoisonnement. Je suis d'opinion que le poison pénétra dans le système par les voies respiratoires. Serait-ce en appliquant le vert sur les patates ? Serait-ce en tenant le vert dans la maison ou en balayant celui qui était tombé sur le plancher ? Peut-être des trois manières à la fois. La maison est éloignée du chemin et entourée du champ de patates sur lesquelles on a appliqué le vert plusieurs fois, depuis le printemps. En arrière de la maison, il y a une *remise ouverte* où la famille prend ordinairement ses repas, en été, et où elle se tient presque continuellement dans la journée au retour des champs. Ces patates, recouvertes de poison, situées à quelques pas de la maison et de la remise, auraient-elles pu être une cause d'empoisonnement pour la famille ?

Votre tout dévoué etc.,

St. Martin. Dr A. Gaboury.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Du traitement thérapeutique des tuberculeux; par le professeur PETER, médecin de la pitié.—(*Suite*)—Tout ce que nous avons fait jusqu'ici l'a été en vue du tuberculeux; nous avons assayé de le faire mieux manger, moins suer, moins tousser et moins cracher. Nous avons même essayé de l'empêcher de maigrir, mais nous n'avons rien fait pour le poumon tuberculeux. Que peut-on en sa faveur? Et d'abord contre quoi lutter? Contre quoi! En deux mots, la CONGESTION, *voilà l'ennemi.*

Je suis habitué à dire ma pensée tout entière; je suis habitué à le faire, quoi qu'il m'en puisse arriver. Or, sincèrement, je l'affirme, il n'y a pas de médicament contre la tuberculisation pulmonaire il n'y en a pas contre le tubercule. Il n'est qu'une médication bonne au poumon tuberculeux, la révulsion et la dérivation; en dehors de quoi ce ne sont que palliatifs, non certes à dédaigner, contre les multiples désordres des points les plus divers de l'organisme du tuberculeux, où tôt ou tard il y a fort a faire. La révulsion n'agit évidemment pas sur le tubercule, elle n'a de prise et d'effet que sur l'acte morbide consécutif au contact du tubercule avec le parenchyme, consécutif aussi à l'offense du parenchyme par ce contact.

Cet acte morbide est l'hypérémie dans tous ses modes: hypérémie simple, hémorrhagique, phlegmasique, ulcéreuse; puis, au voisinage du parenchyme, dans la continuité de la voie respiratoire, hypérémie bronchique, sécrétion exagérée, catarrhe, mélange d'hypercrinie et de phlegmasie.

Ce qu'il faut, c'est combattre la congestion pulmonaire périphymique proportionnellement à la vigueur du malade. Les émissions de sang, comme la révulsion cutanée ou la dérivation intestinale, sont indiquées suivant les cas. On ne saigne plus guère en France, moins qu'aucun autre le tuberculeux; et cependant, dans le cas de congestion pulmonaire intense, la saignée peut produire de très heureux résultats.

Une médication moins choquante pour nos préjugés contem-

porains, c'est l'application de ventouses scarifiées sur le points où se perçoivent les signes de la congestion pulmonaire. J'ai vu maintes fois chez des malades, robustes encore, les craquements humides disparaître ou singulièrement diminuer sous l'influence d'une application de ventouses scarifiées.

Une précaution indispensable, c'est de prendre garde que les lames du scarificateur ne sortent pas trop, afin qu'elles ne traversent pas le derme dans toute sa profondeur. En pareil cas, on n'obtient pas beaucoup plus de sang que lorsque les lames ne font qu'attaquer le derme dans sa partie moyenne, et l'on a l'inconvénient de faire des plaies fort larges qui s'écartent par le fait même de l'élasticité du derme et laissent à leur suite des cicatrices aussi profondes qu'indélébiles. Or, comme elles siègent à la partie supérieure et antérieure de la poitrine, elles constituent pour les jeunes femmes une sorte de tare qu'on ne vous pardonnera jamais ; et on aura raison, car vous pouviez l'éviter.

Les sangsues peuvent rendre les mêmes services que les ventouses scarifiées. Je me rappelle toujours l'étrange impression que me produisit la prescription d'une demi-douzaine de sangsues sous la clavicule droite d'un tuberculeux, faite par mon illustre maître Cruveilhier alors que j'étais son interne. Il s'agissait d'un maçon, d'un jeune maçon vigoureux chez lequel on entendait des craquements humides, sous l'une des clavicules surtout. A la suite de cette émission sanguine locale qui m'avait si vivement intrigué, je pus constater la presque disparition des râles, la cessation de la dyspnée, le mieux-être général, de telle façon que, le traitement par l'hygième aidant, le malade quittait l'hôpital au bout de quinze jours pour reprendre ses travaux et sans que les râles aient reparu.

Il y avait cette différence entre Cruveilhier et moi, que le maître, élève direct de Laennec et contemporain de Broussais, s'inspirait jusqu'à un certain point et avec raison des doctrines de ce dernier ; qu'il croyait que l'irritation, primitive ou consécutive, il importe peu, jouait un rôle considérable dans l'évolution de la tuberculose, et que cette irritation entraînait une congestion ou une inflammation corrélatives, justiciables l'une et l'autre des émissions sanguines. Tandis que l'élève (c'est de moi qu'il s'agit), tout fraîchement imbu des doctrines régnantes alors sur la tuberculisation, sur la spécificité du tubercule, sur la fatalité de la diathèse, sur le rôle nul ou à peu près nul de la congestion ou de l'inflammation dans l'évolution de la tuberculose, l'élève, dis-je, avait l'esprit tourné ou vers l'incurabilité du mal ou vers la recherche d'un spécifique hypothétique.

Il ne fallait pas beaucoup de faits de cette nature pour me

convertir, et je fus converti. Depuis lors, j'ai vu bien des cas qu'il est inutile de vous citer, où les ventouses scarifiées, sinon les sangsues, ont produit d'aussi beaux résultats. Seulement il faut savoir choisir : les émissions sanguines locales sont incontestablement salutaires à ceux qui, tuberculeux, sont encore suffisamment robustes pour supporter cette légère spoliation : par exemple, elle sera salutaire au paysan devenu tuberculeux par accident ; tandis qu'elle sera inutile, sinon nuisible, chez les avortons de nos villes, qui arrivent on ne sait comment jusqu'à l'âge de puberté et n'ont de l'homme que l'apparence et les vices.

Comme moi, M. Hérard, qui fut élève aussi de Cruveilhier, mentionne les grands avantages que l'illustre médecin de la Charité retirais de cette pratique chez des tuberculeux atteints de phénomènes aigus digestifs et inflammatoires

Lorsque la vigueur est moindre, on pourra se contenter d'une application de ventouses sèches. Comme émission sanguine, M. Fonssagrives conseille l'application de deux ou trois sangsues aux malléoles, qui suffisent quelquefois pour faire tomber la congestion pulmonaire circumtuberculeuse. C'est un moyen qui me paraît bon *a priori*, mais dont je n'ai pas l'expérience.

Un traitement d'une pratique plus facile, et certainement mieux accepté par les malades, c'est la révulsion par les irritants, depuis le vésicatoire jusqu'à la teinture d'iode et un sinapisme. Ce qu'il faut absolument réprouver, c'est le thapsia, l'huile de croton, les emplâtres stibiés et la poix de Bourgogne.

Le thapsia, qui provoque une éruption vésiculeuse, cause des démangeaisons parfois insupportables, et produit une série de petites cicatrices ponctuées auxquelles on s'attend guère ; ce que les femmes vous reprochent.

L'huile de croton, la pommade stibiée et la poix de Bourgogne font souvent cruellement souffrir et laissent des cicatrices indélébiles. Cicatrices pour cicatrices, mieux vaut celles d'un cautère, autrement efficace, et sur lequel nous reviendrons d'ailleurs tout à l'heure.

Le moyen *révulsif* par excellence, le plus rapide dans son action, le plus constamment efficace, celui dont tous les malades se félicitent, auquels il ont même spontanément recours en cas d'oppression, pour en avoir antérieurement éprouvé les bienfaits, c'est le *vésicatoire volant*. J'insiste à dessein sur son emploi, sachant qu'il est des hommes à paradoxe qui ne craignent pas de dénigrer systématiquement cet agent de médication.

Les vésicatoires sont indiqués à presque toutes les périodes

de la tuberculisation pulmonaire, pour presque toutes les lésions tuberculeuses des poumons, ou mieux pour les congestions circumtuberculeuses. Le vésicatoire est indiqué alors qu il n'y a que de l'hypérémie autour des granulations ; il est indiqué alors que cette hypérémie est devenue hémorrhagique; il l'est encore, et *à fortiori*, quand il y a de l'inflammation périphymique ou quand la congestion s'est généralisée et est devenu paraphymique. C'est assez dire dans combien de circonstances diverses il convient d'employer un vésicatoire en faveur du poumon tuberculeux.

A la première période des lésions pulmonaires, alors qu'il n'y a que de la congestion, se traduisant par des craquements secs ou humides, vous pouvez appliquer avec de grands avantages de petits vésicatoires volants de 6, 7 ou 8 centimètres de large sur 5, 6 ou 7 de hauteur, et cela de la façon suivante : tous les cinq jours, un vésicatoire; le premier sous la clavicule droite par exemple, le second sous la clavicule gauche, le troisième à l'omoplate droite, le quatrième à l'omoplate gauche; et, au bout de ces vingt jours, vous n'avez plus qu'à voir si la révulsion doit être continuée de la même façon et à l'aide des vésicatoires, ou par l'intermédiaire de la teinture d'iode, ou par un cautère.

Au cas de congestion très-intense, se traduisant par une oppression prononcée et des râles muqueux fins sur une grande étendue, de l'un ou de l'autre côté, ou des deux à la fois, n'hésitez pas à appliquer un grand vésicatoire de 10 à 12 centimètres de long sur 8 à 12 de large, d'un côté d'abord, puis le lendemain ou le surlendemain de l'autre côté. Et peut-être sera-t-il bon, en pareil cas, de faire précéder le vésicatoire de l'application de ventouses scarifiées en nombre proportionné à l'intensité de l'oppression et à l'étendue des râles

En cas de congestion hémorrhagique se traduisant par une hémoptysie abondante et des râles très-fins, ou vous appliquerez au préalable des ventouses scarifiées, pour les faire suivre de l'application d'un large vésicatoire au point que l'auscultation vous signalera comme le plus endommagé ; ou vous appliquerez immédiatement le vésicatoire, si vous ne jugez nécessaire l'emploi des ventouses.

Enfin le vésicatoire est *à fortiori*, indiqué, et de dimensions analogues à celles que nous venons de préciser, quand la congestion périphymique est manifestement inflammatoire ; alors qu'il y a des râles très fins, une grande fréquence du pouls et une élévation notable de la température.

Cette médication est également nécessaire au cas d'hémoptysie abondante, avec cette fréquence du pouls et cette élévation de la témpérature.

Toujours, à la suite et sous l'influence des vésicatoires, vous constatez ces deux choses : 1° un soulagement du malade, dont il vous rémercie, et qui consiste dans une diminution de l'oppression et dans une moindre fréquence des mouvements respiratoires ; 2° une diminution dans l'étendue, le nombre comme la finesse des râles ; et cela, soit que vous ayez employé le vésicatoire à la période des craquements, soit que vous l'ayez appliqué pour combattre une congestion hémorrhagique ou phlegmasique. Il n'y a pas jusqu'aux lésions plus profondes, se traduisant par des râles cavernuleux accompagnés de râles bullaires plus fins, qui ne soient amendées par l'emploi des vésicatoires.

Et vraiment, dans tous ces cas, qu'il s'agisse de granulations, de tubercules plus volumineux, ou même d'excavations, l'anatomie pathologique n'est-elle pas d'accord avec la thérapeutique ? Ne voyez-vous pas toujours, immédiatement autour de la lésion tuberculeuse, quelle qu'elle soit, ou même sur un rayon plus ou moins éloigné de cette lésion, une congestion plus ou moins intense ? Or, cette congestion, c'est la seule chose sur laquelle vous avez prise ; c'est cette congestion, phénomène secondaire, mais parfois redoutable en raison de son étendue, que vous pouvez modifier et que vous modifiez en effet par la révulsion. Puis, la congestion amoindrie ou disparue, le parenchyme désencombré, le malade reste avec ses tubercules ; mais il respire mieux, puisqu'une des causes de dyspnée, la seule que vous puissiez faire disparaître, a disparu.

Si la congestion est moins intense ou qu'elle ait perdu de son intensité par le fait de l'application préalable de vésicatoires, la révulsion à la *teinture d'iode* est excellente. Il faut la pratiquer d'une façon continue et par cette méthode très simple qui consiste à appliquer chaque jour de la teinture d'iode en des points différents : un jour sous la clavicules droite, le lendemain sous la gauche, le surlendemain à l'épaule droite, le quatrième jour à l'épaule gauche : de façon que vous ne revenez sous la clavicule droite que le cinquième jour, sous la clavicule gauche le sixième, etc.

Vous pouvez continuer ainsi un certain nombre de jours, proportionnellement aux besoins de la médication. Il y a de la sorte une révulsion permanente et le malade en souffre moins que si vous appliquiez deux ou trois jours de suite, par exemple, la teinture d'iode sur la même région. Il résulte de cette dernière façon d'agir une vésication qui vous force à en cesser l'emploi, et vous perdez ainsi le bénéfice révulsion continue.

Plus tard, vous pouvez ne faire des applications de teinture d'iode que de deux en deux jours, puis de trois en trois jours, etc.

Lorsque les lésions sont plus avancées et plus profondes, il faut recourir au *cautère*. Appliquez-le à la pâte de Vienne, au premier, au second ou au troisième espace intercostal, de préférence au second, et vous avez alors le choix entre deux façons de procéder : ou vous ne ferez pas suppurer le cautère, ou vous le ferez suppurer. Si vous avez à lutter contre certaines préventions ou répulsions, d'ailleurs fort naturelles, à l'égard du cautère entretenu à l'aide d'un pois, il faut appliquer un cautère *volant*, toutes les quatre semaines, c'est-à-dire en mettre un second avant l'extinction du premier, de manière à entretenir votre révulsion toujours active. Le lieu d'application et la forme du cautère sont loin d'être indifférents. Le mieux est d'appliquer le cautère à 1 ou 2 centimètres du bord libre du sternum, de l'appliquer au milieu même d'un espace intercostal et de le faire ovoïde plutôt que circulaire.

Plus éloigné du sternum, il peut gêner les mouvements, il repose sur les muscles pectoraux, dont il gêne les contractions ; circulaire, trop large et non rigoureusement au milieu de l'espace intercostal, il peut, à sa partie supérieure, et à sa partie inférieure, déterminer une irritation douloureuse du périoste des côtes et même une périostite, en raison de la faible épaisseur des parois molles de la poitrine et du rayonnement congestif ou inflammatoire du cautère vers le périoste adjacent. L'exutoire devenant alors très douloureux, il est parfois impossible au malade de le tolérer, et vous en perdez ainsi le bénéfice.

Le caustique à la pâte de Vienne ne doit pas être appliqué pendant plus de dix minutes, et parfois moins, si la peau est très fine, de manière à ne pas dépasser les limites du derme. Il faut, séance tenante, enlever l'escare humide encore. Vous évitez ainsi la difficulté d'exciser une eschare indurée si vous avez attendu plusieurs jours ; et, d'autre part, il n'y a pas encore de travail de cicatrisation commençante ; deux choses qui s'opposent à l'établissement et à l'entretien d'un exutoire permanent.

Ce sont de très petits détails, que je me permets d'indiquer, parce que leur méconnaissance ou leur omission peuvent faire échec à une médication dont on a le droit de dire qu'elle est des plus salutaires au poumon tuberculeux.

J'ai dit et démontré, à l'occasion de la fistule anale, le mode d'action des exutoires en général, et je le répète ici à propos des cautères sur la paroi thoracique, comme aussi des vésicatoires, ce n'est pas la quantité du pus sécrété par un exutoire qui fait l'office bienfaisant de révulsion ou de dérivation—cette quantité est le plus souvent insignifiante ;—la chose est tout

autrement complexe; c'est à titre de *fonctions morbides*, comme phénomène de compensation, ou de substitution, et en vertu de l'aphorisme hippocratique modifié par moi : *Duobus morbis simul obortis*, DEBILIOR *obscurat alterum.*

La révulsion la plus énergique est obtenue par les sétons, les moxas, les cautères, qui combattent les imflammations partielles. Au lieu d'appliquer les révulsifs sur le thorax, Bidlot, suivant la méthode de Portal et de Bordeu, préfère mettre un cautère à la partie moyenne du bras, " parce que cette région sympathise plus particulièrement avec la poitrine au moyen du tissu cellulaire de l'aisselle." En outre, les malades supportent mieux l'exutoire dans cet endroit. Le fait est que ce moyen, tombé en désuétude, est très utile (avec ou sans sympathie) dans la phthisie chronique.

Une médication révulsive qui n'est pas suffisamment employée et que recommande très justement M Jules Guérin, c'est la cautérisation ponctuée, pratiquée tous les cinq jours à l'aide d'un très petit cautère chauffé à blanc, et par vingt ou trente pointes de feu sous l'une ou l'autre clavicule. Cette cautéri, sation peut être également appliquée à la région des omoplates-mais elle a une efficacité moins directe en même temps qu'elle présente le désavantage de gêner le décubitus du malade. J'ai déjà eu l'occasion, à propos des " Températures morbibes locales ", de mentionner les bons effets de cette médication, rendue sensible physiquement par l'abaissement consécutif de la température locale. Je peux compléter l'observation intéressante dont j'ai cité le début à cette occasion. Ici je copierai textuellement le récit qui ma été fourni par M. Dubrac :

" Le malade a quitté Cannes au mois d'avril pour revenir à la campagne, dans les environs d'Angoulème; il ne toussait plus, l'appétit excellent, les sueurs avaient complètement cessé.

" L'examen du malade fait à Paris le 5 novembre dénote une amélioration radicale; on ne sent plus par la percussion qu'un peu de résistance au doigt dans la région sous-claviculaire gauche; les points douloureux ont complètement disparu; il n'y a plus de craquements humides, on entend une respiration un peu sèche, avec double saccade à l'inspiration et quelques froissements pleuraux; en arrière il n'y a qu'un léger affaiblissement du murmure vésiculaire.

" A droite en avant la respiration est seulement ondulante; rien à noter en arrière.

Température axillaire.....	36,8
— du deuxième espace gauche.	36,2
— — droit.....	35,9

" Le malade est à Paris depuis trois mois, sa santé est excellente, il se promène beaucoup, engraisse et a une mine florissante.

" Le traitement de M. Jules Guérin a toujours été suivi avec une scrupuleuse exactitude ; on le suit encore, et il sera observé pendant quelques mois ; il consiste dans les prescriptions suivantes :

" 1° Tous les cinq jours, application de pointes de feu avec la tringle de rideau en avant, des deux côtés, sur les cinq espaces intercostaux supérieurs, parfois en arrière dans les fosses sus et sous-épineuses ;

" 2° Tous les deux jours, un sinapisme Rigollot au-dessous de chaque clavicule ;

" 3° Poudre de quinquina rouge, 4 grammes, à faire macérer dans 1 litre d'eau pour boire aux repas avec le vin ;

" 4° Tous les deux jours, un demi-verre d'eau de Pullna ;

" 5° Tous les jours une pastille de charbon de Belloc.

" Le malade a souvent omis les deux dernières prescriptions ; il n'en a pas été de même pour les pointes de feu, qu'il supportait sans la moindre difficulté ; il les préfère mille fois aux applications successives de vésicatoires, qui lui ont été faites quinze jours avant le traitement de M. Jules Guérin ; chaque petit vésicatoire le faisait souffrir pendant plusieurs jours, tandis que les cautérisations ponctuées, pratiquées d'une manière très légère sont à peine senties et ne causent qu'une vive cuisson qui n'est guère ressentie au-delà d'un quart d'heure."

J'ai tenu à citer *in extenso* ce remarquable fait, et je veux dire que mon observation personnelle est ici d'accord avec celle de M. Jules Guérin. La cautérisation ponctuée à l'aide d'un très petit cautère chauffé à blanc est une des méthodes les plus rapidement actives et les plus pratiques. J'ajoute que la douleur produite n'est nullement comparable à celle que causent le vésicatoire et la teinture d'iode ; et que les cicatrices qu'elle laisse à sa suite sont à peine appréciables à la condition toutefois de pratiquer cette cautérisation avec une grande légèreté de main, de façon à n'intéresser que l'épiderme et les parties superficielles du derme, et en prenant garde que le malade, par des mouvements inopportuns, ne se précipite au-devant du fer et n'en détermine la pénétration profonde dans la peau.— *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*.— (*A continuer.*)

—

Le delirium tremens.—Le 13 juin dernier, à 5 heures du soir, un homme âgé de 43 ans a été amené a l'hôpital. Il a été placé au lit no. 21 de la salle St. Charles.

Il était atteint d'un si violent délire de paroles et d'actions que, en attendant le moment de la contre-visite, le directeur avait jugé bon de lui mettre la camisole de force.

Bien que fortement maintenu, cet homme trouvait encore le moyen d'agiter la tête et les mains. Ses yeux étaient injectés de sang. En proie aux hallucinations les plus terribles, ce forcené poussait d'horribles vociférations. Dans tout son système musculaire se produisaient des contractions fibrillaires. Apparentes aux lèvres et aux narines, en découvrant le malade, on les observait également dans les muscles des membres, du thorax et de l'abdomen.

Il y avait des intervalles d'accalmie, mais au moindre bruit, au seul passage d'une personne auprès du lit, se reproduisaient aussitôt le délire, l'agitation et les tremblements fibrillaires.

Le délire de ce malade présentait quelque chose de particulier. Il affectait le caractère *défensif*. Voyant des animaux, des ennemis autour de lui, entendant des moqueries, des menaces, ce malheureux faisait les efforts les plus désespérés, tendant à repousser ces agressions.

En lui parlant fort et avec autorité, il était possible de lui arracher quelques paroles de raison, mais les hallucinations ne tardaient pas à recommencer.

Les renseignements suivants, très précieux pour l'établissement du diagnostic, avaient été fournis par la femme du malade.

Cet homme avait été ordonnance chez un général, avec lequel il a fait de nombreuses campagnes. Il est resté son domestique de confiance.

Il vient d'avoir un rhumatisme articulaire de moyenne intensité.

S'agirait-il d'un *rhumatisme cérébral?* Diverses considérations permettent d'écarter cette hypothèse. Les accidents cérébraux se produisent surtout à l'âge de 25 à 35 ans. Ils s'observent principalement dans le rhumatisme poly-articulaire, lorsque les jointures, affectées des douleurs les plus violentes, deviennent libres tout-à-coup. C'étaient un tel effet que les anciens désignaient sous la dénomination de *métastase*. En de telles conditions, la température centrale est très élevée. Or, rien de tout cela n'avait eu lieu chez ce malade. Son rhumatisme a été bénin ; la température se réduisait à 38°.

L'année dernière, au n° 1 de la salle St. Charles, s'est trouvé un homme présentant des antécédents alcooliques, qui a offert un type achevé de ces accidents cérébraux foudroyants, d'essence rhumatismale.

Chez ce malade, toutes les articulation étaient envahies. Sa

température était de 41°. Malgré l'administration d'un bain froid, l'hyperthermie s'est élevee à 42 degrés et ce malheureux est mort dans le délire, au bout de quelques heures.

Serait-on en présence d'un cas, de *manie aiguë ?* Dans cette dernière affection, le délire est baroque et n'a rien de logique. Aucune idée n'est suivie, coordonnée. Le délire, particulièrement fantaisiste, porte sur tous les sujets. En est-il ainsi chez ce malade ? Il voit des hommes, des animaux qui l'insultent et l'attaquent. Tous ses efforts tendent à les repousser. C'est bien là un désir logique et défensif. Il ne saurait donc s'agir d'une manie aiguë.

Tenant compte des antécédents du malade et des caractères des symptômes, M. Landouzy crut à une attaque de *delirium tremens*, chez un malade affecté d'alcoolisme chronique.

En conséquence, il prescrivit aussitôt une potion avec 4 grammes de chloral, à prendre en 4 fois, à une heure d'intervalle. La camisole de force fut laissée appliquée.

Dès la seconde dose, l'agitation se calma, et le malade s'endormit.

Le lendemain matin, M. Hardy ratifia le diagnostic porté la veille par son chef de clinique, et constata les bons effets du chloral. Il effectua avec beaucoup de soin l'examen des organes, qu'il trouva indemnes de toute lésion.

La mémoire du malade étant moins confuse, il a pu fournir, sur ses antécédents, des détails de nature à projeter une vive lumière sur le diagnostic.

Ses parents sont morts âgés. Il n'a aucun antécédent diathésique. Sa santé a toujours été excellente. Il a fait un congé en Afrique, où il a contracté, comme bien des militaires, l'habitude de l'absinthe. Cependant, il ne s'est pas enivré. Il faut bien saisir cette nuance dans l'alcoolisme. Nous y reviendrons bientôt.

Il a fait ensuite la guerre de Crimée. Là, il a échappé à tous les dangers, a résisté à toutes les influences mauvaises. Pour satisfaire à sa dipsomanie, il a dû renoncer à l'absinthe en raison de sa chèreté, et se mettre à l'eau-de-vie.

Investi de la confiance de son général, ayant vins et liqueurs à sa disposition, il en usait largement et ne s'en faisait pas faute. Il absorbait plusieurs bouteilles par jour, *sans cependant se mettre en état d'ivresse.*

Telle est la vie que cet homme a menée depuis vingt ans. On voit dans ces conditions étiologiques tous les éléments de l'alcoolisme chronique.

On croit généralement qu'il faut s'enivrer pour devenir alcoolique. C'est une grande erreur. La boisson est une des

causes les plus puissantes de l'aliénation mentale. Cependant, nombre d'aliénés n'ont jamais été des ivrognes, à proprement parler. A force de boire, cependant, l'organisme se détériore, tombe en déchéance. Alors ont lieu des manifestations vers les viscères et le système nerveux. Dans une telle condition, il suffit d'une cause occasionnelle légère, d'une commotion physique ou morale, pour déterminer l'explosion des accidents. Que, chez un alcoolique, se produise une simple fracture, qu'il se développe un érysipèle, qu'il survienne un accident, quelque léger fût-il; en un mot, par suite d'une circonstance toute éventuelle, que l'équilibre fonctionnel se trouve détruit, et l'on peut voir éclater un accès de délirium tremens.

Cette homme vient d'être atteint d'un rhumatisme articulaire sub-aigu. Cette affection a fait l'effet de la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

On voit quelquefois cette complication survenir, au cours de la pneumonie, de la pleurésie.

Un maçon, couché au n° 5 de la slale St. Charles, en a, cette année, présenté un exemple frappant. Prenant la fénêtre pour la porte, il s'est précipité du second étage dans la rue. Il en a été quitte pour se fracturer une côte, une jambe et une cuisse!

Les commotions morales ne sont pas des causes occasionnelles moins puissantes du délirium tremens.

Au moment de la commune, M. Landouzy était interne de Giraldès. Un jeune homme, placé dans le service, portait au bras un simple seton qui, le 20 mai, était presque guéri. A ce moment, il apprit l'entrée à Paris des Versaillais. L'impression qu'il ressentit à cette nouvelle fut si violente, qu'éclata un accès de délirium tremens qui l'emporta en six heures.

M. Landouzy rappelle un second cas non moins remarquable et fatal de délirium tremens de cause occasionnelle morale dont il a été témoin.

Il s'agit de son propre concierge.

Cet homme était un ancien cuisinier. Il était sujet à la pituite tous les matins. Depuis longtemps il avait perdu appétit et sommeil. Il était agité. Un soir, sur les dix heures, on vint prier M, Landouzy de descendre à la loge. Connaissant les antécédents du malade, il lui fut aisé de se rendre compte de la nature des accidents. Il était en proie à un délire furieux.

Il voyait des gens qui voulaieut pénêtrer chez lui, au travers de la muraille, pour prendre sa femme. Il entendait leur voix. Il voulait se lever pour se jeter sur eux. C'était, encore une fois, un délire logique et défensif.

Quand ce malheureux reconnut M. Landouzy, qui lui parla avec force et autorité, il se calma, mais le délire ne reprit que plus intense, au bout de quelques minutes.

Quelle était la cause de ces formidables accidents ?

L'avant-veille avait eu lieu une scène de ménage. Se croyant trompé par sa femme, il était devenu inquiet et avait pris des allures singulières. Il avait perdu entièrement l'appétit et le sommeil. C'étaient les symptômes prémonitoires du délirium tremens.

Le délire devenant de plus en plus violent, et menaçant la sécurité des personnes, M. Landouzy fit mettre à ce forcené la camisole de force. Le malade ne pouvant ingérer aucun liquide, il lui fut administré un lavement avec trois grammes de chloral. Bien que conservé, ce lavement ne produisit aucun effet. Le lendemain matin, on transporta à l'hôpital ce malheureux, qui y mourut le soir même.

On ne trouva à l'autopsie aucune lésion viscérale, aucune congestion pulmonaire. La mort avait été le résultat du surmenage.

Le délirium tremens a, d'ordinaire, une marche très rapide soit en bien, soit en mal. Pour cette raison, on a peu de temps pour en faire l'étude à l'hôpital. Cette marche foudroyante des accidents fait une nécessité d'intervenir promptement et avec énergie.

La première chose à faire, c'est de maintenir le malade, pour mettre les personnes qui le soignent à l'abri de ses atteintes, pour le protéger lui-même contre les effets de ses transports. On utilise à cet effet la *camisole de force*. Mais, pour être à la fois effcace et inoffensive, il faut qu'elle soit établie d'une certaine façon. Elle ne doit pas comprimer la base de la poitrine. Quand elle entrave la respiration, quand elle cloue le patient dans l'attitude dosale, elle peut donner lieu à la production d'une congestion pulmonaire hypostatique. Plus d'une fois la mort des malades n'a pas reconnu d'autre cause. La contention n'est à la fois efficace et non dangereuse qu'à la condition de respecter le jeu du diaphragme et des muscles inspirateurs. Elledoit surtout porter sur les épaules, sur les poignets, sur le bassin, sur les cuisses ; mais il importe qu'elle laisse libres le thorax et l'abdomen.

La médication interne est basée sur l'emploi de trois médicaments : *l'opium*, la *digitale* et le *chloral*.

Les deux premiers agents peuvent être d'un emploi dangereux. Ils sont susceptibles de s'accumuler dans l'économie. S'il existe une néphrite interstitielle, l'élimination ne se fait pas, et il se produit des phénomènes d'intoxication pouvant se terminer par la mort. L'opium et la digitale, cependant, sont quelquefois employés utilement. Mais il faut s'enquérir de l'état des urines et surveiller attentivement l'action de ces

agents. Il faut avoir soin d'en suspendre l'usage dès que l'on voit survenir des nausées ou des vomissements.

Le chlorhydrate de morphine doit être particulièrement signalé comme rendant de très-éminents services. Ce médicament peut avoir une action remarquablement prompte et efficace. Voici, à ce sujet, un fait qui mérite spécialement de fixer l'attention.

Au nº 23 de la salle St. Charles, était couché un pneumonique atteint de délire alcoolique. Au moment de la visite de M. Hardy, cet homme faisait un tapage infernal. Pour le réduire, ce savant maître ordonna de lui faire aussitôt une injection sous-cutanée avec 0,01 de morphine. Au bout de quelques minutes, le calme était obtenu, bientôt suivi d'un paisible sommeil. Les accès ne se sont plus reproduits.

Le *sommeil* est un précieux élément pour le pronostic. Qu'il soit naturel ou provoqué, il constitue un augure favorable pour la guérison.

Entre tous les agents thérapeutiques, celui qui mérite la préférence, c'est le *chloral*. Il n'a pas les dangers de l'opium ni de la digitale, surtout administrés à hautes doses, ainsi qu'il est d'usage. Les effets sont non moins rapides et sûrs.

C'est à l'action de l'hydrate de chloral qu'a été soumis le malade qui a servi de thème à cette leçon. Sous sa bienfaisante influence, cet homme a dormi d'un paisible sommeil. Le délire, l'agitation ne se sont pas reproduits. On l'a fait venir à l'amphithéâtre au moment de la leçon. Il n'avait plus dans les mains le moindre tremblement. La guérison était complète (17 juin).

M. Landouzy complète sa leçon en ajoutant quelques mots au sujet du pronostic.

Le *pronostic* du délirium tremens est double. Il convient de l'envisager au point de vue de l'accès et à celui de l'avenir.

L'issue des crises se prévoit surtout en tenant compte de deux éléments. Si la température centrale est très-élevée, si l'agitation devient croissante, il y a beaucoup de chances de mort.

Quant au destin futur des malades, il est subordonné à la répétition des accès ultérieurs. La seule chance de salut pour eux serait dans l'observation de la tempérance. Or, chacun connaît le proverbe : *Qui a bu, boira!...* Les alcooliques ne peuvent résister à leur fatale passion. Ils finissent par se cachectiser ; ils sont atteints de diverses affections viscérales et s'acheminent vers la démence ou la paralysie générale.—*Revue de Thérapeutique Méd. Chirur.*

Du salicylate de soude dans la chorée.—Le Dr Dresch rapporte, dans le *Bulletin de thérapeutique*, un seul cas de chorée très-intense et de nature rhumatismale, ce qui n'arrive pas toujours, guérie en huit jours par le salicylate de soude.

C'était une fille de 10 ans, à laquelle on donna 6 gr. de salicylate par jour. Il y eut quelques vomissements, de l'insomnie, quelques phénomènes cérébraux, mais cela n'eut pas de suites.

(J'ai employé ce médicament sur plusieurs malades qui ont été très-améliorés et je publierai prochainement les observations.)—(Dr Bouchut, *Paris-Médical.*)

—

Cystite chronique, *traitement par le chlorate de potasse.* —Le docteur Zuccarelli étudie le chlorate de potasse comme médicament précieux contre les cystites. Il est exempt de danger, d'un prix modeste et d'un emploi facile.

Ce moyen n'est pas toujours héroïque mais souvent il rend des services en modifiant les urines troubles, qui deviennent limpides, en diminuant les douleurs et en permettant la déplétion plus facile de la vessie, en ranimant les contractions musculaires de l'organe.

Même dans les cas où il ne produit pas une guérison rapide ou complète, il est encore utile en permettant de varier la médication employée contre les cystites, médication souvent délicate et impuissante.

Enfin, il a souvent donné des résultats rapides et incontestables dans les cas qui étaient graves et dans lesquels d'autres moyens avaient échoué.

On l'emploie de deux façons différentes :

D'abord à l'intérieur et à doses assez élevées, puisque les malades peuvent supporter plus de 30 grammes de chlorate de potasse, mais il faut donner les sels pendant les repas.

Ensuite, les injections directes dans la vessie, en commençant par une solution au centième et en augmentant la dose ensuite.—(*Bull gén. de thérap*).

—

Migraine, *traitement.*—Le docteur Séguin, de New-York, divise ce traitement en trois parties :

I. *Traitement général.*—Il faut, en principe, éloigner toutes les causes d'excitation, puis s'occuper principalement de corriger l'acidité des voies digestives, en donnant l'acide nitro-muria-

tique et les alcalis et réduisant dans de fortes proportions le sucre et les féculents de l'alimentation. S'il y avait anémie, débilité, nutrition imparfaite, on s'adresserait au toniques, y compris l'huile de morue.

II. *Traitement de l'attaque.*—On recherchera avant tout le calme dans une demi-obscurité; il est inutile de combattre le mal de tête, la tentative n'aboutirait probablement pas, ou bien elle serait fâcheuse. La diète est de rigueur absolue, avec abstinence de boisson, jusqu'au moment où l'attaque va cesser et même jusqu'au lendemain.

C'est là une excellente manière de se soustraire à beaucoup d'inconvénients. On peut prendre de la glace en nature, ou bien un grog glacé, avec avantage.

Mais si, contre l'attaque déclarée, il n'y a rien à faire, on peut beaucoup pour prévenir cette attaque ou diminuer sa gravité. Les meilleurs médicaments à essayer, lors des symptômes prémonitoires de la migraine, sont le guarana, la caféine ou l'hydrate de crotonchloral.

Le docteur Séguin a trouvé le guarana très efficace, donné au début d'un accès. La moitié de ses malades s'en sont bien trouvés sous le rapport du soulagement, et plusieurs ont pu vaquer à leurs affaires le même jour. La caféine, à la dose de 12 centigrammes toutes les heures, pendant trois ou quatre heures, lui a été aussi fort utile. Il a donné également avec avantage l'hydrate de croton-chloral à la dose de 15 à 20 grains (90 centigrammes à 1 g, 20) toutes les heures, et quatre fois de suite. Ce dernier médicament s'applique surtout aux cas où la douleur est le premier symptôme, ainsi qu'aux crises commencées.

Quelquefois le médecin américain a dissipé une migraine à l'aide d'une injection hypodermique de morphine (2 à 3 centigrammes) ou d'atropine (1 milligramme), mais rarement il a recours à ce moyen, dans la crainte de rendre les sujuts morphiomanes.

III. *Traitement de la maladie.*—C'est à la méthode de Greene que le docteur Séguin accorde le plus de confiance. Elle consiste à administrer le haschisch à doses continues, de manière à tenir le système nerveux légèrement sous l'influence du médicament pendant longtemps.

Il fait prendre aux femmes 2 centigrammes d'extrait alcoolique avant chaque repas, et augmente la dose à 3 centigrammes au bout de quelques semaines. Aux hommes, il prescrit, pour commencer, 3 et 4 centigrammes au bout de deux à trois semaines. Ce traitement doit être continué avec la plus grande régularité pendant trois mois. En général, ces doses ne donnent

lieu à aucun symptôme physiologique. La moitié des malades traités par le docteur Séguin ont guéri. Aussi bien considère-t-il le haschisch comme ayant une efficacité comparable à celle du bromure de potassium dans l'épilepsie: l'un et l'autre de ces agents peuvent avoir une influence curative, de même qu'ils sont capables d'interrompre la série des crises.—(*Journal de Thérapeutique.*)

—

Allénation mentale; *traitement singulier.*—Le traitement de l'aliénation mentale a excité et excite toujours le zèle de nos confrères psychiâtres. On a eu tour à tour recours à la musique, aux exercices corporels aux représentations théâtrales. Voici un nouveau moyen:

Le directeur d'un établissement d'aliénés, à Vienne, vient d'introduire une singulière innovation dans le traitement de la folie. C'est le *Danube* qui nous fait connaître ce remède.

" Le directeur, dit le *Danube*, a créé dans l'hospice un journal lithographié qui est rédigé par les malades. Des polémiques s'engagent entre monomanes, qui se réfutent mutuellement.

" Par exemple, celui qui a la ferme conviction que son nez est en sucre candi et qui, pour éviter de le mettre dans son verre, boit toujours à l'aide d'une paille, est chargé de réfuter l'insensé qui croit que sa barbe est un gazon écossais et qui l'arrose d'eau fraîche de peur qu'il ne dépérisse.

" On assure que la logique de ces pauvres fous est serrée et pleine de sens pour tout ce qui ne touche pas à leur idée fixe."

N'est-ce pas là un procédé dérivé de la méthode du traitement moral préconisé par Leuret? Seulement, le contradicteur était le médecin lui-même, tandis qu'à Vienne, c'est le malade, et qu'au lieu de simples paroles, ce sont des écrits. C'est plus grave: *Verba volant, scripta manent.*—(*Union médicale*).

—

Stigmates de maïs dans les maladies de la vessie; par le docteur Dufau.—L'introduction des stigmates de maïs dans la thérapeutique est encore trop récente pour qu'on ait pu étudier d'une façon suffisante leurs indications et leur mode d'emploi. Il n'est donc pas inutile de faire connaître ce que l'expérience a pu nous apprendre à cet égard, et je vais essayer d'en donner un résumé sous forme de conclusions, en m'au-

torisant, outre ma pratique personnelle, des nombreuses communications que j'ai reçues à ce sujet :

1° Les stigmates de maïs ont une action des plus évidentes, je ne dis par toujours favorable, dans toutes les affections de la vessie, qu'il s'agisse de cystite, de gravelle ou de tout autre cas, qu'elles soient récentes ou qu'elles soient anciennes.

2° Dans la cystite aiguë par traumatisme, comme aussi dans la cystite blennorrhagique, il se produit un effet dyurétique très-prononcé et une exacerbation des douleurs. Il vaut donc mieux, dans ces cas, s'abstenir d'employer stigmates de maïs.

3° C'est dans la gravelle, unique ou phosphatique, et dans la cystite ancienne, simple ou consécutive à la gravelle, dans le catarrhe muqueux ou muco-purulent, qu'ont été obtenus les meilleurs résultats.

Tous les accidents cèdent rapidement, les douleurs vésicales, la dysurie, l'excrétion de sable, l'odeur ammoniacale, l'abondance des sécrétions, etc., etc.

4° La rétention d'urine tenant à ces états divers disparaît souvent sous l'influence de leur amélioration ; mais l'emploi de la sonde doit être quelquefois continué, le bas-fond de la vessie ne parvenant pas à se vider complètement.

5° Beaucoup des malades observés avaient fait usage, avec des résultats variables, des divers moyens habituellement employés, goudron, térébenthine, eaux minérales. Vichy, Contrexeville, Capvert, etc. Les stigmates de maïs ont fort souvent réussi, alors que les moyens précédents avaient échoué ; mais nous devons appeler l'attention sur les faits suivants :

Dans certains cas, une amélioration s'étant produite sous l'influence des moyens cités plus haut et l'état des malades restant stationnaire quoi qu'on pût faire les stigmates de maïs ont produit, soit la guérison, soit un coup de fouet des plus favorables et qui a permis de revenir avec succès aux premières préparations.

Dans d'autres cas, ces moyens qui n'avaient rien produit lors d'une première administration, sont devenus efficaces après que le terrain avait été en quelque sorte déblayé par les stigmates de maïs.

Le plus souvent, cependant, les stigmates de maïs ont suffi seuls à amener la guérison ; mais il est bon de connaître les faits que je viens de signaler, afin de faire varier, le cas échéant, la médication.

Il peut être utile également d'employer dans certains cas, en même temps que les stigmates de maïs, les moyens externes déjà usités ; notamment les irrigations vésicales à grande eau, avec une sonde à double courant, ou bien les injections avec

des solutions diverses, de goudron, de borax, de silicate de soude, celles de bi-carbonate de soude si les urines sont très acides, celles d'acide benzoïque si elles sont alcalines, etc.

6° En dehors des affections de la vessie, les stigmates de maïs peuvent produire les meilleurs résultats à titre de diurétiques absolument inoffensifs, quoique fort énergiques, dans les maladies du cœur, l'albuminurie, et en général dans tous les cas où les diurétiques ordinaires sont indiqués. On nous a signalé nombre de faits où la sécrétion urinaire avait triplé et même quintuplé dès les premières 24 heures; d'autres où le médicament avait été continué deux et trois mois sans que jamais on ait observé d'accidents. Ceci est utile à retenir, les diurétiques les plus fréquemment employés, le nitrate de potasse, la digitale, la scille, etc., étant loin de toujours convenir et n'étant pas sans danger.

7° Le mode d'emploi des stigmates de maïs a été déjà indiqué, mais il n'est peut-être pas suffisamment connu.

Les stigmates en décoction produisent les mêmes effets que l'extrait, mais possèdent beaucoup moins d'énergie, et, de plus, ont une action fort irrégulière, ce qui est facile à expliquer. Récoltés et desséchés dans des conditions qui ne sont pas identiques, mouillés même quelquefois, la tisane peut avoir d'un jours à l'autre une activité très différente.

L'extrait, au contraire, et son sirop, présentant toujours la même composition, ont une action qui est toujours la même, et, sous un moindre volume, on peut prendre une bien plus grande dose de médicament.

Ce qu'on peut faire, au point de vue de l'économie, c'est donner le sirop dans la tisane de stigmates. Il est important, en effet, que le sirop soit étendu d'une certaine quantité d'eau, comme pour les diurétiques en général, et les effets obtenus avec l'extrait en pilules diffèrent sensiblement.

Le sirop forme d'ailleurs avec la tisane ou avec l'eau, qu'elle soit chaude ou froide, une boisson fort agréable et dont on ne se fatigue point. Le médicament doit être pris à jeun de préférence. Deux à trois cuillerées de sirop par jour suffisent le plus ordinairement.—(*Gazette des Hôpitaux.*)

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

La mobilisation et l'immobilisation des articulations; par M. le Dr Verneuil, à la Société de chirurgie, de Paris.—Les ankylophobes opposent leurs manœuvres à toutes

les variétés de raideurs articulaires et en font une sorte de panacée également bonne contre les suites des arthrites, celles des luxations, des fractures articulaires, des résections, etc. Il serait tout au moins utile de distinguer entre ces cas et entre la mobilisation artificielle et la mobilisation naturelle. On fait la mobilisation artificielle dans quatre circonstances différentes ; 1° pour prévenir une ankylose ; 2° pour la rompre quand elle est formée ; 3° afin de corriger une attitude vicieuse ; 4° dans le but d'augmenter l'amplitude des mouvements :

1° Comme moyen de prévenir l'ankylose, M. Verneuil rejette la mobilisation articulaire artificielle comme inutile et nuisible. Ou bien les muscles suffiront à mobiliser l'article, et alors les manœuvres sont mauvaises, ou les muscles seront impuissants, et la mobilisation est nuisible. Du reste, les mouvements communiqués aux articulations n'empêchent pas l'ankylose quand elle doit forcément se produire dans les arthrites consécutives à des ostéites juxta-épiphysaires, dans les fractures compliquées, ou après la rupture des ankyloses. Une action précoce est dangereuse, car agissant trop tôt après la cessation des accidents inflammatoires, elle risque de les ramener ; une intervention tardive est inutile. Si l'on agit avec vigueur, on court de grands risques ; si l'on se contente de moyens peu énergiques, on n'a qu'un résultat illusoire. Dans tous les cas les mouvements imprimés tendent plutôt a éterniser les arthrophies et à provoquer les raideurs que l'on veut combattre.

2° S'il s'agit de rompre une ankylose, on ne peut y être autorisé que lorsque l'attitude vicieuse. Ainsi M. Verneuil rompt le coude ankylosé dans la position rectiligne et le genou ankylosé à angle droit. Il respecte au contraire l'ankylose angulaire du coude et la rectiligne du genou ; la première permet de tirer un assez bon parti du bras, avec la seconde on marche difficilement, mais enfin on marche.

3° M. Verneuil, accepte la mobilisation pour remédier aux attitudes vicieuses dans les cas aigus et subaigus comme dans les cas chroniques ; qu'on fasse la correction rapidement ou lentement, on arrive, en donnant à l'articulation, une meilleur situation, à la mettre dans la meilleures conditions de guérison.

4° S'il s'agit d'augmenter l'emplitude des mouvements articulaires, ce n'est pas à la mobilisation artificielle, mais aux agents de la mobilisation naturelle, c'est-à-dire aux muscles qu'il faut s'adresser. Il ne sert à rien d'avoir une articulation mobile si le malade est incapable de la mettre en action. Aussi M. Verneuil accepte-t-il le massage des résolutions de la fibre musculaire au moyen de l'électricité, qui en entretient la vitalité.

Lorsque la guérison est obtenue après la mobilisation, on ne se demande pas si c'est à cause d'elle ou malgré elle, les plus grands partisans de ce système y ont renoncé, au moins en ce qui concerne les machiues de force. De plus, la mobilisation artificielle donne des résultats qui ne se maintiennent pas, et M. Verneuil en cite un exemple tiré de sa pratique personnelle au temps où il en était partisan. Un homme, porteur d'une ankylose rectiligne du coude qui le génait beaucoup, vient se faire soigner à Paris. Au bout de six mois de l'empoi d'un appareil spécial, la mobilité était obtenue, et le malade pouvait porter la main à sa bouche.

Satisfait de ce résultat, il retourne dans son pays; mais, au bout de trois mois, il revient avec une nouvelle ankylose. On reprend le traitement, mais il se déclare une tuméfaction qui aboutit à la production d'un abcès, et, chaque fois qu'on renonvelle les tentatives. de nouveaux accidents se produisent. Au bout d'un an, il dut retourner chez lui après avoir dépensé son temps et toutes ses économies.

La conduite à tenir est donc, d'après M. Verneuil, d'immobiliser la jointure le plus tôt possible dans une bonne positon. Au bout de quelques semaines ou de quelques mois, s'il n'y a pas d'ankylose, de rendre le membre mouvement. S'il y a ankylose, et si le malade le demande, essayer de mobiliser en donnant du chloroforme. Si les brides ne se reproduisent pas, essayer une nouvelle séance après avoir attendu un temps suffisant. Si, au contraire, elles se reproduisent, ne rien tenter et se contenter de garder l'ankylose. On peut joindre encore, à titre préventif, l'extension continue qui paraît efficacc contre l'ankylose du genou ; et, à titre curatif, peut-être les résections articulaires, qui, actuellement, semblent avoir perdu beaucoup de leur gravité.

M. Verneuil résume ses conclusions qui seront discutées dans un mois, afin de permettre au contracteurs de se préparer.—(*Le Praticien.*)

—

Gastrotomie ; *succès.*—A la Société de Chirurgie de Paris, M. le docteur Terrier communique un cas d'étranglement interne qu'il a guéri par la gastrotomie, avec le concours de M. le docteur Lucas Championnière. Il s'agit d'une jeune infirmière qui, accouchée à l'hôpital de la Pitié, vers les premiers jours de décembre dernier, avait conservé, à la suite, des douleurs de ventre qui ne cessèrent d'aller en augmentant.

Entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière, elle y fut examinée par M. Terrier, qui constata que l'utérus était exempt d'alté-

ration, et qui prescrivit à la malade un repos absolu. Au bout de quinze jours, elle pouvait vaquer à ses occupations.

Le 17 février dernier, dans la soirée, elle fût prise brusquement de douleurs abdominales très-vives. Dans la journée, elle n'avait rendu ni selles ni gaz ; elle était d'ailleurs habituellement sujette à une constipation opiniâtre. Pendant la nuit, les douleurs ne firent qu'augmenter. Le 18, à la visite du matin, le facies était altéré, les yeux excavés, le pouls petit, la température à 37. La douleur abdominale, très vive, son maximum d'intensité dans la région sous-ombilicale, au niveau du bord externe du muscle droit de l'abdomen : la pression en ce point était douloureuse, et c'est de là qu'irradiaient les coliques, accompagnées de vomissements. Une injection de morphine, la diète absolue, l'application de dix sangsues au niveaux du point douloureux procurèrent un léger amendement. Mais bientôt, les phénomènes augmentant de plus en plus, M. Terrier, à la suite d'une consultation avec M. Lucas-Championnière, dans laquelle fut contstaté de nouveau l'état sain des organes génitaux, se décida à pratiquer la gastrotomie, dans le but de lever l'étranglement interne. Il y procéda le 20 février, avec l'assistance de M. Lucas-Championnière, et suivant tous les principes de la méthode de Lister.

Une incision sous-ombilicale de 11 centimètres, faite sur la ligne médiane, permit d'arriver rapidement sur le péritoine, dont l'ouverture donna issue à une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent, signe de péritonite indiquée également par l'existence d'arborisations nombreuses sur le feuillet viscéral de la membrane séreuse. En outre, les anses de l'intestin grêle étaient accolés les uns aux autres par des adhérences fibrineuses.

En suivant les anses intestinaux distendus par les gaz, M. Terrier parvient à sentir, au niveau du détroit supérieur, une bride résistante sous laquelle un anse intestinal se trouvait engagé et aplati. Cette bride paraissait s'étendre des parties latérales de l'utérus à la base du sacrum. On n'y sentait pas de battements. Au moment où M. Terrier cherchait à l'amener à l'extérieur, elle se rompit. Le chirurgien s'assura de l'état de l'intestin et détruisit, avec le doigt, quelques-unes des adhérences anormales qui unissaient les anses de l'intestin grêle. 35 à 40 minutes avaient été employées pour toutes ces recherches. La plaie fut alors fermée par un double étage de suture, l'un superficiel, l'autre profond ; et la malade fut reportée dans son lit. Trois heures après l'opération, la malade n'éprouvait plus ni coliques ni vomissements. Elle eut une selle diarrhéique abondante accompagnée de gaz ; elle dormit

toute la nuit avec le plus grand calme. Aucun accident ne survint le lendemain, ni les jours suivants. Les sutures, tant superficielles que profondes, tombèrent du 23 au 27, si bien que, sept jours après l'opération, la malade était complètement guérie.

Quelque temps après cependant, l'opérée éprouvait quelques symptômes qui firent craindre à M. Terrier le retour du même accident; mais tout se dissipa sous l'influence d'un simple lavement de glycérine, et, depuis lors, cette jeune femme n'a cessé de jouir d'une parfaite santé.

Voilà donc, dit en terminant M. Terrier, un second fait qui montre que l'opération de la gastrotomie peut être pratiquée avec succès dans l'étranglement interne, ce qui, du reste, était déjà prouvé par la pratique des chirurgiens des pays étrangers, particulièrement de l'Angleterr, où cette opération est très-répandue.—(*Union médicale.*)

—

Traitement chirurgical à l'anasarque.—On connaît l'insuffisance, on connaît surtout le danger des scarifications et mouchetures faites sur les membres affectés d'anasarque dans les maladies du cœur ou des reins. Bien rarement elles amènent un dégorgement notable, et trop souvent elles sont suivies d'inflammation, ulcération, gangrêne des téguments.

M. Wickens obvie à ces inconvénients par le procédé suivant: Après avoir bien huilé le membre, il y fait rapidement vingt ou trente piqûres avec une aiguille à bec de l'ièvre, en ayant soin que le bec de l'instrument pénètre jusqu'au tissu sous-cutané.

Cela fait, on place sur les piqûres des éponges qui, préalablement, ont été plongées dans une solution d'acile salicylique: à mesure qu'elles deviennent gorgées du liquide de l'hydropisie, ou les exprime, on les passe de nouveau dans la solution d'acide salicylique, puis on les remet en place.

Ce changement doit se faire toutes les deux ou trois heures environ; on absorbe ainsi plusieurs pintes de liquide pendant les premières vingt-quatre heures. Au bout de quatre ou cinq jours, les piqûres sont fermées.

Par l'emploi de l'acide salicylique, on prévient la décomposition du liquide, la fétidité des éponges, l'irritation de la peau et les conséquences fâcheuses qui en résultaient fréquemment. —*The Lancet.*

Plaies de tête.—M. le docteur Estlander fait connaître, dans le dernier numéro du *Nord, Medicin. Arkiv*, de Stockholm, l'influence du traîtement antiseptique sur la mortalité des plaies de tête. Depuis 1860 jusqu'à fin 1870, il avait traité 341 blessures de tête par les méthodes anciennes; depuis 1870, il a suivi le traitement antiseptique de Lister, et voici le résultat comparatif de sa pratique: 1° Les plaies simples avant 1870 ont donné un résultat moins bon que celles traitées par l'antiseptique; 2° les plaies avec dénutation du crâne avaient donné, dans la première période, une mortalité de 24 p. c.; depuis 1870, elle a baissé jusqu'à 1,5 p. c. Grâce à la méthode antiseptique, dit l'auteur, la dénudation du crâne ne saurait plus être regardée comme une aggravation; 3° les plaies compliquées de fractures de la voûte crânienne et de lésions de l'encéphale comportaient, avant 1870, une mortalité de 75 p. c., tandis que le pensement de Lister en a sauvé, depuis, les 5/6es. Ces résultats fort remarquables nous ont paru mériter d'être signalés à nos confrères de la Colonie.—(*Journ. de méd. de l'Algérie*).

MÉDECINE LÉGALE.

—

Études sur la mort.

—

§ 1.—LES ARTICLES 77, 358, 359 DU CODE CIVIL.—LA VÉRIFICATION DES DÉCÈS.

La question de la mort intéresse le médecin au double point de vue administratif et judiciaire. Dans l'une et l'autre condition, le rôle de l'homme de l'art est bien différent. Dans le premier cas, il a purement et simplement à se prononcer sur la cessation de la vie. Dans le second, il peut se trouver en présence des plus graves difficultés. Interrogé par la justice, il a à rechercher la cause de la mort, et à préciser l'époque à laquelle elle remonte.

Le paragraphe 77 du code civil porte qu'aucun corps ne peut être livré à la terre avant consatation préalable du décès. Cette constatation est faite sur la responsabilité des officiers

de l'état civil. Ce n'est pas le médecin qui est visé par ce paragraphe, mais le maire ou les adjoints.

En France, on ne peut procéder à la sépulture avant que 24 heures se soient écoulées à partir du moment du décès.

Deux autres paragraphes édictent des peines contre quiconque contrevient à cette prescription. L'article 358 stipule que la personne reconnue coupable d'une inhumation effectuée avant ce délai, est passible d'une amende de 16 à 50 francs et d'une incarcération d'une durée de 6 jours à 2 mois. L'article 359 porte une peine plus grave encore, contre toute personne ayant recélé ou fait disparaître un cadavre.

Des étudiants en médecine, des médecins tombent souvent sans s'en douter, sous le coup de la loi quand, à la suite d'un accouchement au terme de cinq ou six mois, ils emportent le fœtus pour le conserver dans de l'alcool. Pour se mettre en règle avec la justice, cette soustractien ne peut être faite que sur une autorisation spéciale d'un magistrat.

Ces contraventions sont fréquentes. Dans les six derniers mois, M. Brouardel a fait à la Morgue l'autopsie de cinq ou six cadavres de fœtus qui avaient été conservés plus ou moins longtemps dans de l'acide phénique ou de l'acide chromique, puis jetés à la Seine.

Encore une fois, pour éviter toute poursuite judiciaire, lorsque l'on désire conserver un produit, de moins de six mois, il faut avoir bien soin d'en faire la demande à l'autorité, qui n'a nulle raison de la refuser.

Pourquoi le législateur a-t-il arrêté qu'un délai de 24 heures devait être écoulé avant l'inhumation ? C'est que, depuis les temps les plus reculés, le public n'a cessé de se passionner à l'audition, à la lecture de lugubres histoires. Les journaux sont pleins de récits de femmes s'agitant dans leur cercueil, de personnes enterrées vivantes. Les académies se sont émues à cette pensée, et ont proposé des récompenses à qui trouverait le meilleur signe de la mort réelle.

Encore une fois c'est pour prévenir de si grands malheurs que la loi fixe un délai avant de procéder à la sépulture. Dans notre pays, avons-nous dit, ce délai est de vingt-quatre heures. En Espagne et en Portugal, on met en terre des corps à peine refroidis. Les cadavres sont inhumés au bout de cinq ou six heures. En Angleterre, on pousse la prudence à l'extrême limite. On ne procède à la sépulture qu'alors que la putréfaction a commencé son œuvre.

Dans un ouvrage sur l'hygiène, M. de Fressinet parle de parents qui ont conservé pendant trois semaines le cadavre d'un enfant mort du croup. Une telle tolérance de la part de

la police n'a pas lieu de surprendre. En dehors de cas d'épidémie ou de circonstances graves, en effet, il n'est pas dans l'esprit de la loi de forcer la main aux familles et ne contraindre à l'inhumation dans le délai légal.

L'intervalle de 24 heures, du reste, est loin toujours d'être pris à la lettre. Ce laps de temps se mesure d'ordinaire à partir du moment de la déclaration du décès à l'état civil. Or, il faut qu'un messager se transporte à la mairie, plus ou moins distante du domicile du défunt. Il s'ensuit que, bien souvent, le délai de 24 heures, intervalle plus que suffisant pour prévenir tonte fatale méprise.

Diverses circonstances sont susceptibles d'apporter une modification dans les prescriptions de la police. Durant les grandes chaleurs, en temps d'épidémie, les autorités civiles peuvent donner ordre d'avancer le moment de la sépulture. Cédant eux-mêmes à la panique générale, les magistrats ont, plus d'une fois, prêté les mains à des actes illégaux et coupables.

Quand une population est affolée, il y a d'autant plus de danger d'envoyer en terre des individus encore vivants, que le médecin est rarement appelé à constater tous ces décès.

Dans les grandes villes, il y a des médecins vérificateurs des décès, mais il y a, en outre, des inspecteurs de l'état civil. Avec de telles mesures, on a peu à craindre de commettre la plus déplorable des erreurs.

Dans les campagnes, il en est différemment. Non seulement les décès ne sont constatés ni par un médecin ni par le maire de la commune, auquel seul incombe la responsabilté de la constatation, mais, à l'état civil, on s'en rapporte de tous points au témoignage de la première personne chargée de faire la déclaration.

Pour obvier à ce grave inconvénient, on avait proposé d'exiger, du médecin traitant, un certificat attestant la mort de son client. Des raisons trop péremptoires rendaient un tel projet inexécutable. La mort a toujours tort. Quelle serait la position d'un médecin arrivant pour constater la mort, au sein d'une famille trop souvent portée à la mettre sur le compte de son impéritie ?

D'autres raisons, du reste, militent plus fortement encore contre l'adoption d'une telle mesure, qui eut eu pour principal avantage de fournir de précieuses notions à la statistique. Lorsque la mort a été le résultat d'un empoisonnement, d'un suicide, la conséquence d'une affection syphilitique, le médecin traitant peut-il révéler un secret qui ne lui appartient pas ?

Dans les villes mêmes, où le service de la vérification des

décés est confié à un médecin, les choses se passent-elles conformément à la lettre de la loi ? Bien loin de là. Nul, avant la constatation officielle, ne devrait porter la main sur un corps tenu pour privé de vie. Or, voici ce qui se passe invariablement en pareilles circonstances.

La température est-elle élevée ? Vite on ouvre les fenêtres pour dissiper l'*air de cadavre*. Puis, pour n'avoir pas à lutter contre les effets de la rigidité cadavérique, on s'empresse de procéder à la toilette mortuaire. Si les yeux sont restés ouverts, on clot les paupières. Pour fermer la bouche rendue béante par l'abaissement de la mâchoire, on pose une mentonnière. Ces soins déplorables ont eu assurément plus d'une fois pour effet de faire passer un sujet de vie à trépas !

Si c'était tout encore ! Dans leur zèle intempestif, que de fois n'est-il pas arrivé, à de trop empressés ensevelisseur, de coudre dans le linceul des sujets non encore devenus la proie de la mort ?

Un fait de ce genre, aussi curieux qu'authentique, a été rapporté par le Dr Rigondeau.

Une femme enceinte réputée morte était déjà ensevelie. Pour constater la mort, notre confrère s'empressa de découdre son linceul. Il pratiqua la version et mit au monde un enfant qu'il ramena à la vie après deux heures de soins. Quant à la mère, elle aussi revint à la vie, et se rétablit complétement.

Tel est le rôle dévolu au médecin vérificateur des décès. Il est commis à la protection de tout corps réputé privé de vie, jusqu'au moment où il est livré à la terre. Son devoir est de constater qu'il ne porte la trace d'aucun sévice; qu'il ne présente nul indice de crime ni de délit, que la mort, enfin, est bien réelle.

La loi qui ne permet d'inhumer un cadavre que 24 heures après le décès, n'autorise non plus à pratiquer, avant cet intervalle, ni autopsie, ni moulage. La mort réputé réelle, avec l'autorisation de la famille et des autorités, on peut tout faire d'un cadavre.

Plus d'un médecin s'est vu condamner pour contravention à la loi des 24 heures. Tel est le fait d'un jeune praticien qui, désireux de se rendre compte de la mort d'un enfant qui venait de succomber soudainement asphyxié, prit sur lui, six heures après la mort, d'ouvrir la trachée ; il y trouve une fève. Sa curiosité se trouva ainsi satisfaite, mais il eut à compter avec la justice.

Un autre fait peu édifiant de violation de cadavre est celui d'un religieux qui, veillant une jeune fille réputée morte, se porta sur elle à des actes coupables. La prétendue défunte

l'était si peu qu'elle revint à la vie et donna, neuf mois après, naissance à un enfant. S'il faut ajouter foi à cette histoire, dont l'authenticité laisse à désirer, ce religieux quitta les ordres et épousa cette jeune fille pour réparer sa faute.

§ 2.—L'OPÉRATION CÉSARIENNE POST MORTEM.

Une question souvent agitée est la suivante : Une femme enceinte une fois morte, le médecin est-il autorisé à pratiquer sur l'heure l'opération césarienne ? Les tribunaux ont rendu à ce sujet quelques arrêts qu'il est intéressant de rappeler.

C'était en temps d'épidémie cholérique. Une femme enceinte ayant succombé, un médecin fut prié, six heures après la mort, de procéder à l'opération césarienne. S'y étant refusé, ce médecin fut traduit à la barre d'un tribunal. Sa défense fut assez maladroite. Il basa son refus sur la crainte qu'il avait eu de contracter l'épidémie. Il fut condamné. Assurément, il eût été acquitté s'il eût fait valoir que le motif de son refus avait tenu, non à une pusillanimité indigne d'un médecin, mais à l'impossibilité de sauver la vie de l'enfant, six heures après la mort de sa mère.

Un autre médecin fut également condamné pour avoir effectué trop tôt cette opération. La femme réputée morte ne l'était pas absolument. La douleur de l'incision la fit renaître à la vie. Elle ne succomba qu'au bout de quelques heures.

On voit par là combien il importe au médecin de poser sûrement le diagnostic de la mort apparente ou réelle.

Abordons maintenant une question d'un très grand intérêt : celle de la mort apparente et des inhumations prématurées.

§ 3.—DE LA MORT APPARENTE ET DES INHUMATIONS PRÉMATURÉES.

Dans tous les temps, les esprits les plus forts se sont émus de la crainte des inhumations prématurées. La peur de ce danger se trouve incessamment entretenue par le récit des faits les plus invraisemblables. Une première remarque est d'un grand intérêt. Tout le monde n'est pas susceptible d'être enterré vivant. Il faut pour cela des conditions de constitution toutes particulières.

Il est des animaux d'une organisation assez perfectionnée qu'on peut rappeler à la vie assez longtemps après la cessation présumée de leur existence.

On a fait sur des hannetons l'expérience suivante : On les a noyés, puis on les a laissés plongés dans l'eau quatre ou cinq jours. Après cette longue immersion, on les a fait sécher au

soleil, après quoi on les a ramollis avec de l'eau. Placés dans une atmosphère humide, ces animaux sont revenus à la vie.

Des poissons, rapportés gelés de la Norwége et de la Sibérie, plongés dans l'eau d'un lac, se sont repris à vivre.

Vulpian a rendu la vie, après des semaines, à des salamandres empoisonnés par le curare.

L'homme est-il réellement susceptible de n'avoir de la mort que l'apparence?

Faut-il parler de faits plus ou moins apocryphes et légendaires comme ceux d'André Vésale et du cardinal Mazarin?

Le fait du chirurgien de Philippe II est connu de tout le monde. On sait qu'André Vésale, faisant l'autopsie d'un noble espagnol, le cadavre vint à faire quelques mouvements, ce qui n'empêcha pas le savant anatomiste de poursuivre ses recherches. Incarcéré comme sacrilége, Vésale ne put éviter le bûcher qu'en sa qualité de médecin du roi et du grand inquisiteur. Il en fut quitte pour un pèlerinage en Terre Sainte, au retour duquel il mourut misérablement à la suite d'un naufrage.

On dit qu'au moment où l'on pratiquait l'autopsie de Mazarin, on surprit quelques mouvements du cadavre. Le médecin n'en continua pas moins son opération.

Ces faits, encore une fois, n'ont pas tout le cachet d'authenticité désirable. Mais il en est d'autres qui présentent de telles garanties, qu'ils sont indiscutables. De ce nombre est le suivant, rapporté par Louis.

Une femme enceinte se présenta à l'Hôtel-Dieu, où l'on refusa de la recevoir. Elle se dirigea vers la Salpêtrière, où elle arriva à ce point épuisée, qu'elle tomba dans la cour. Réputée morte, elle fut déposée dans la salle mortuaire et cousue dans une serpillière. Le lendemain matin, en allant disséquer, les internes furent consternés en s'apercevant que la soi-disant morte avait déchiré son suaire et que son pied était reporté en dehors de la table.

Le fait suivant, dont l'issue, fort heureusement, a été moins malheureuse, est de la plus grande authenticité officielle. Il se présente sous la garantie du cardinal Bonnet.

En 1826, un jeune prêtre était en chaire. L'église était pleine de fidèles. Soudain on vit le prédicateur s'affaisser. Il fut considéré comme mort. Un médecin fut appelé pour constater le décès. Le malheureux entendit l'homme de l'art donner le permis d'inhumer. Le cardinal s'était, en personne, rendu auprès du défunt pour réciter le *De profundis;* le menuisier était venu prendre les dimensions du cercueil. Dans ce moment critique, le jeune prêtre entendit la voix d'un ami.

Par un effort désespéré de la volonté, il fit un effort suprême, et revint à la vie. Le lendemain, à la stupéfaction de tous, le pseudo-mort montait de nouveau en chaire.

Le fait le plus authentique enregistré par la science, cas dans lequel l'inhumation a été suspendue au dernier moment, est celui dont le docteur Roger nous a laissé la relation.

Dans la commune de Ploucouven, près Morlaix, venait de succomber une jeune fille de 18 ans. Le permis d'inhumer fut donné 16 heures après la mort. Au moment où la première pelletée de terre fut jetée sur le cercueil, on entendit un bruit singulier sortir de la bière.

Aucun des assistants ne se sentit le courage de la déclouer. On courut à la recherche du docteur Roger. Mais ce médecin demeurait à 8 kilomètres de cette localité. Il ne put arriver que quatre heures après l'événement.. Il s'empressa de faire enlever et ouvrir le cercueil. Quelle ne fut pas l'horreur des assistants, à la vue du spectacle qui s'offrit à leurs yeux ? Le visage de la jeune fille était à découvert, les pieds, les mains étaient sortis du linceuil ; une main était placée sur la tête, l'autre contre le maxillaire inférieur. Le corps avait conservé sa chaleur, le cœur battait encore. Malgré les soins les plus empressés, le docteur Roger ne put ramener à la vie la malheureuse jeune fille, victime d'une précipitation fatale. Pendant quatre heures, elle était restée nue, au fond d'une fosse froide et humide, ayant peut-être conscience de son horrible position !..

Une question dont la solution est de la plus haute importance pour chacun de nous est la suivante : En admettant que l'on soit descendu vivant dans les entrailles de la terre, combien de temps la vie est-elle possible dans le cercueil ? Les mathémaciens se sont livrés à des calculs. en se basant sur les proportions d'acide carbonique exhalé par la respiration, et finissant par rendre l'air irrespirable. Ils ont estimé que l'on pouvait dans cette atmosphère confinée, trouver encore, pendant une heure, les éléments indispensables à la vie.

Cette supputation ne saurait présenter aucune garantie. Il ne faut voir dans une telle estimation qu'une donnée des plus approximatives. Tous les sujets n'absorbent pas, dans un moment donné, les mêmes proportions d'oxigène. Or, le problème est là tout entier. C'est dire combien sa solution est délicate et, dans l'espèce, absolument impossible.

Pour élucider la question, on a fait l'expérience suivante. Un grand chien a été enfermé dans un cercueil, dont il a été retiré au bout d'une heure. Alors il a fait quelques mouvements, mais on n'a pu le rappeler à la vie, et il a succombé au bout de trois heures.

Cette expérience prouvu que, dans ces conditions, l'existence peut se prolonger une heure pour certains sujets. On ne saurait en tirer aucune autre indication scientifique.

Les cas de mort apparente sont fréquents sur les champs de bataille, par suite de la commotion cérébrale. Aussi les inhumations prématurées sont-elles surtout effectuées en temps de guerre. Alors, en effet, la constatation des décès s'y fait à la légère et avec une grande précipitation.

Une très-curieuse histoire de ce genre, est celle du général Ornano. Le fait s'est passé dans la campagne de Russie. Tombé de cheval par le fait, sans doute, d'une commotion violente suivie de syncope, le général fut recouvert de neige par les soins de ses soldats. Pour lui faire honneur, son aide-de-camp fit tirer quelques coups de fusil sur ce monument funéraire improvisé. Mais voilà qu'au moment où ce même aide-de-de-camp annonçait à l'empereur la mort du général, ce dernier, arrivant à cheval, venait donner la preuve qu'il était encore de ce monde...

L'expérience a démontré que la vie peut se prolonger assez longtemps dans des conditions où on pourrait être porté à la considérer comme impossible. En voici, entre autres, un exemple bien authentique.—(*A continuer.*)

VARIÉTÉS.

La Cellule.—L'idée de considérer comme condition unique et directe de la naissance de toutes les autres espèces d'éléments anatomiques une seule espèce, la *cellule*, admise comme *unité organique* (donc les cellules embryonnaires seraient devenues le type objectif ou réel) est ancienne. Elle se lie historiquement à l'idée d'après laquelle les tissus dériveraient de la fibre, comme la figure géométrique de la ligne et la ligne du point. Elle dérive de la tendance involontaire des hommes à chercher, dans les objets et les phènomènes qu'ils observent, l'unité qui se trouve dans leur propre existence et dans la succession des actes de leur esprit. Mais cette unité, ce type uniforme, n'existe que dans les formules qui expriment les rapports des objets et des phénomènes. Quant à ces derniers, ils sont manifestement divers et distincts, quoique liés par des relations de similitude et de succession; mais à leur égard la réalité ne se réduit pas à un seul corps, pas plus qu'à un point, ni même à une ligne, mais à une série de termes de

plus en plus régulièrement espacés sans jamais se confondre, ce qui permet d'en saisir les rapports de mieux en mieux.

Ainsi ce type abstrait et unique des élements anatomiques n'existe pas, non plus que celui de tout autre groupe de corps; il est de création humaine, c'est-à-dire dans la tendance de l'esprit humain à trouver une formule unique pour exprimer les rapports qu'ont entre elles les choses connues et faciliter ainsi la découverte de celles qui ne le sont pas encore.—CHS. ROBIN. —*Revue de littérature médicale.*

—

Moyen simples pour faire ouvrir la bouche des enfants. — L'apparition du nouvel instrument dit Ouvre-bouche à bascule, sur lequel vous attirez l'attention de vos lecteurs l'avant-dernier numéro de votre estimable journal, me fait songer à vous communiquer le procédé que j'emploie et avec succès lorsque je veux explorer la bouche d'enfants récalcitrants.

Après avoir fait fixer la tête de l'enfant dans une position convenable pour l'éclairage de la cavité buccale, je prends la sonde de *Belloc* qui, par sa courbure, circonscrit facilement l'arcade dentraire, et je dirige le bec de cette sonde vers les dernières molaires de l'un quelconque des côtés de l'arcade, jusque dans l'espace intermaxillaire. Lorsque l'instrument est arrivé en ce point, je pousse sa tige intérieure. Le bec de la sonde muni de son ressort pénétrant alors dans la cavité buccale au niveau du voile du palais, provoque par action reflexe des envies de vomir auxquelles l'enfant ne peut résister, ce qui l'oblige à ouvrir largement la bouche. En ce moment je substitue à la sonde dans le fond de la gorge le dos d'une cuillère qui, par sa présence, continue l'action de la sonde et je puis ainsi à loisir examiner toute la cavité, et y appliquer à l'occasion les topiques que nécessité son état.

Ce procédé désagréable sans doute mais bien inoffensif peut toujours être employé en l'absence de l'Ouvre-bouche à bascule, puisque la sonde de Belloc existe dans toutes les trousses des praticiens, et c'est dans l'espoir qu'il pourra rendre aux confrères quelques services que je vous le signale.—*Journal de Medécine et de Chirurgie..*

—

Nouvelle méthode pour faire disparaître définitivement les cheveux superflus.—Il est des personnes qui se plaignent de n'avoir plus de cheveux sur la tête et qui nous demandent de leur en faire pousser; il en est d'autres qui se plaignent tout aussi amèrement d'en avoir en trop dans la fi-

gure, sur les bras, etc., et qui nous demandent de les en débarrasser d'une manière définitive. Or, nous sommes généralement aussi embarrassés pour satisfaire les premiers que les seconds ; il parait cependant que ni l'un ni l'autre n'est impossible.

M. Duncan-Bulkley, de New-York, emploie la méthode suivante pour détruire les cheveux de telle façon qu'ils ne reparaissent plus. Il se sert d'une bonne pince à épiler et d'une aiguille fine montée sur un manche commode : au moment où il arrache le cheveu, l'auteur enfonce l'aiguille dans la cavité qui vient d'être abandonnée et lui fait exécuter quelques mouvements de rotation. Il atteint ainsi et détruit le follicule pileux. " Cette petite opération, dit-il, est supporté facilement et *avec plaisir ;* cependant on ne peut guère arracher dans une scéance que 25 à 30 cheveux.

Il nous semble, d'après cela, que le *plaisir* est tout à fait modéré et n'existe guère que pour ceux ou celles qui sont bien convaincus qu'il faut souffrir pour être beau.—*Arch of dermat.* et *an. méd. de Caen.*

—

Alopécie complète et général survenue à la suite d'une frayeur.—Une jeune fille de dix-sept ans, douée d'une bonne constitution, avait des cheveux blonds très-abondants et mesurant 95 centimètres de longueur. Le 30 mars 1875, elle eut une violente frayeur causée par l'effondrement d'un plancher sous lequel elle faillit être écrasée. Elle n'avait présenté aucun trouble apréciable ; mais, la nuit, elle ressentit du mal de tête avec une sensation de froid par tout le corps. Le lendemain, agitation insolite, et prurit à la tête. Le 1er avril, elle allait beaucoup mieux et n'avait conservé que de la démangeaison à la tête. En se peignant, elle remaque que ses cheveux commencent à tomber, le peigne en retient une très-grande quantité entre ses dents. Le 2, ses cheveux tombent en masse : elle en arrache une touffe entière sur le sommet de de la tête, qui laise à nu une plaque ciculaire large comme la paume de la main. En trois jours, il ne reste plus un seul cheveu sur la tête, et, deux jours après, toutes les autres régions du corps étaient complètement dépouillées. L'état général était, du reste, absolument satisfaisant.

Un mois après l'accident, elle se décide à consulter le docteur Fredet, qui prescrivit : traitement général et traitement local, amers, ferrugineux, strychnine, bains sulfureux, lotions, stimulants de toutes espèces, tout échoua.

Deux ans après, l'alopécie est encore absolument général.—(*Soc. de méd. de la Loire et Gaz. des hopit.*)

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, SEPTEMBRE 1879.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

Les amendements à la loi médicale. (1)

Notre loi médicale avait statué que le Bureau des Gouverneurs du Collége des médecins et chirurgiens aurait seul le droit d'admettre les élèves à l'étude de la médecine ; c'était là, au moins, l'esprit de la loi, malheureusement l'énoncé de la clause était défectueux et depuis quelque temps on avait trouvé après maintes consultations légales le défaut de l'armure, et jusqu'à ces jours derniers, on entassait dans la profession quiconque voulait y entrer, qu'il y fut qualifié au non. Il est curieux de constater l'énergie au travail dont font preuve certaines gens d'un sang assez tranquille, d'ailleurs, pour se mettre en contravention avec ce qui est réputé juste et urgent par la grande majorité. Heureusement, la répression d'un tel abus n'a pas tardé, car en vertu d'un amendement à la loi médicale, il est aujourd'hui bien clairement réglé et statué que le Bureau des Gouverneurs du Collége des médecins et chirurgiens aura seul, désormais, le droit d'admettre les élèves à l'étude de la médecine.

En second lieu, les membres de la profession savent que la durée ordinaire de la cléricature est chez nous de quatre ans, mais ils savent aussi qu'un grand nombre d'élèves ont été faits médecins après trois ans et demi, trois ans et même deux ans d'étude (toujours pour le même prix, bien entendu). Voilà comment certaines gens en haut lieu apprécient la profession. Aussi, apprendront-ils avec regret, nous n'en doutons pas, qu'un second amendement à la loi, décide, et cette fois sans ambiguité, que l'élève devra être sous brevet pendant quatre années pendant la première desquelles il devra commencer à suivre les cours d'une université ou école de médecine, et

(1) La nouvelle loi médicale, que nous publions plus loin, a été adoptée par la Législature, et cet article était sous presse, lorsqu'est survenue la crise politique actuelle, qui retarde la sanction de cette loi par le Lieutenant-Gouverneur.

que le diplôme donné par les dites universités ou écoles dispensera, il est vrai, le porteur de subir, devant le Bureau des Gouverneurs, un examen quant à ses connaissances médicales, mais non quant à ses qualifications légales, de sorte que le porteur d'un d'un diplôme obteuu avant l'expiration des quatre années d'études exigées par la loi ne pourra obtenir du bureau des gouverneurs la licence de pratiquer.

Voilà qui va jeter de l'eau froide sur le zèle de certaines gens qui dépensent tout leur dévouement à se faire des confrères de tout bois, le plus promptement possible et aux conditions les plus avantageuses. Et penser qu'il a fallu vingt ans, trente ans et plus, de travail, de sacrifices et de dévouement pour en arriver à inonder la profession de charlatans et de nullités. *Auri sacra fames!* Ce qui n'empêche pas d'écrire de très belles choses sur l'étendue des cennaissances que doit posséder le médecin et sur la sublimité de sa mission; farceurs!

On admet à l'étude de la médecine un collégien de méthode ou de versification, un tailleur, un cordonnier, un petit industriel quelconque, cela s'est vu. Supposez, si vous le voulez, qu'on ne l'admette à la pratique qu'au bout de quatre ans d'étndes. Qu'en résulte-t-il dans l'immense majorité des cas?

Amphora cœpit
Institui; currente rotâ cur urceus exit?

Si encore, ces dignes recrues employaient consciencieusement leurs quatre années d'étude, mais nous en connaissons, et plusieurs, qui suivent tant bien que mal, cinq mois de cours pendant l'hiver et qui au retour des zéphirs et du printemps, redeviennent tailleurs, commis, agents de moulins à coudre, employés surnuméraires à la douane, etc. Cela n'est pas de la fiction, il suffit d'ouvrir les yeux et de regarder autour de soi, et encore bon nombre de ces caméléons trouvent-ils le moyen d'obtenir un diplôme de médecin après deux ans et demi ou trois ans de cléricature. Médecins de Molière pour lesquels le *clysterium donare postea saignare* a encore des secrets, car plus d'un serait embarrassé de donner un clystère ou d'administrer une saignée convenablement. Combien de ces élèves en médecine ne possédent que deux ou trois petits manuels indispensables pour *cramer* un examen le plus souvent dérisoire et qui devenus médecins, je devrais dire charlatans, ne garnissent les rayons de leur bibliothèque que de romans, de vieux livres de classe et du directoire auquel ils souscrivent chaque année pour y voir leur nom inscrit en majuscules. De l'opium, une forte dose d'audace, des pilules purgatives et un bel habit quand la bourse le permet et voilà un médecin. Offenbach y a perdu un beau thème d'opéra-bouffe.

On entend tous les jours de la part des praticiens de violentes récriminations contre le charlatanisme; le bureau des gouverneurs en sait quelque chose, et il s'occupe activement à prendre des mesures pour le réprimer. Ces charlatans ne peuvent pourtant nuire qu'à une partie de la population, à la partie la moins intelligente et la plus ignorante qui se livre volontairement à eux, tandis que le charlatan diplomé est un danger pour toute la société qui ne peut le démasquer qu'à ses œuvres et souvent trop tard. C'est là qu'est la racine du mal et c'est elle qu'il fallait d'abord extirper.

En permettant ainsi à un jeune homme de se lancer dans la pratique avant d'avoir acquis les connaissances indispensables, on commet évidemment une grave injustice, car on le lance dans une fausse route et on lui refuse la somme d'instruction nécessaire à laquelle il a droit et qu'on devrait le forcer d'acquérir, malgré qu'il ne sache pas l'apprécier, et on est également injuste envers les élèves competents et leurs parents.

Est-il équitable, en effet, qu'un élève qui a fait un cours classique complet et bien employé quatre années d'études médicales, ait à subir, une fois en pratique, la compétition d'un confrère qui n'a jamais vu les murs d'un collége, a passé deux ou trois ans à une école de médecine et en est sorti muni d'un diplôme qu'il ne comprend pas, parce qu'il est écrit en latin! Pourquoi le père du premier devrait-il dépenser des sommes considérables et faire les sacrifices les plus onéreux pour faire arriver son fils à la profession médicale, pour voir ensuite le fils du voisin qui a quitté la charrue pour le scalpel venir lui disputer une part de la clientèle et de ses revenus. Non! ce qui est requis pour l'un doit l'être de tous tant dans l'intérêt des élèves que de la société. C'est là, au moins, ce que l'on pratique dans tous les pays où l'on comprend ce que doit être un médecin. Nous reviendrons sur ce sujet à notre prochaine livraison.

Brochures reçues.

A Compendium of the most important drugs, with their doses, according to the metric sytem, by W. F. WHITNEY, M.D., ann F. H. CLARK, Apothecary of the Boston Dispensary; Boston, 1879.

The Thermantidote, an instrument for preventing the evil effects of heat from Poquelin's Thermo-Cantery when operating in deep cavities, by H. P. C. WILSON, M. D.; Baltimore, 1879.

NOUVELLES MÉDICALES.

Collége Victoria.—On nous apprend que le Collége Victoria, de Cobourg, aurait outrepassé les droits et priviléges de sa Charte d'incorporation en s'affiliant l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, et en accordant des diplômes aux élèves de cette école.

D'après les mêmes informations, la Faculté de Droit du Collége Victoria, qui a existé à Montréal pendant cinq ou six ans, n'aurait discontinué son enseignement que parce que ses professeurs se seraient convaincus, par l'étude de sa Charte d'incorporation (4me et 5me Vict., ch. 37, 1841) et de ses amendements (22me Vict., ch. 67, 1858), que cette institution n'avait pas le droit de venir enseigner et donner des diplômes dans la Province de Québec.

Si cette nouvelle est bien fondée, et tout nous porte à le croire, il est extrêmement malheureux qu'elle soit demeurée ignorée aussi longtemps, et nous le regrettons autant pour l'École de Médecine qui a donné ces diplômes, que pour tous les élèves qui les ont obtenus de bonne foi.

Dans ce cas, les autorités du Collége Victoria auront assumé une bien grave responsabilité en outrepassant ainsi les priviléges de leur Charte d'incorporation dont elles n'avaient pas le droit d'ignorer la valeur, surtout, après la fermeture de la Faculté de Droit de Montréal.

Canada Medical and Surgical Journal.—Nous apprenons que cette intéressante revue médicale, publiée depuis sa fondation par M. le Dr. J. C. Fenwick, vient de passer entre les mains de MM. les Drs. Geo. Ross et W. A. Molson. Cette revue paraîtra à l'avenir le 15 de chaque mois.

Nos meilleurs souhaits à nos nouveaux confrères dans le journalisme.

Université-Laval.—Nous apprenons avec plaisir, qu'à partir du mois d'octobre prochain, Messieurs les professeurs et Messieurs les élèves de la Faculté de Médecine de l'Université-Laval, à Montréal, seront admis à la Maternité Ste. Pélagie, de cette ville.

SUPPLEMENT DE L'UNION MEDICALE.

Acte pour amender et refondre de nouveau, les actes concernant la profession médicale et la chirurgie, dans la province de Québec. (1)

ATTENDU qu'il est nécessaire d'amender et refondre de nouveau, les lois maintenant en force dans la Province de Québec, pour régler les qualifications et l'examen des candidats à l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, pour l'enregistrement des praticiens en médecine, et pour l'infliction de pénalités aux personnes enfreignant les dispositions de cet acte concernant la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique ; En conséquence, Sa Majesté, par et de l'avis et du consentement de la Législature de Québec, décrète ce qui suit :

1. Depuis et après la passation du présent acte, l'acte ou ordonnance du conseil législatif de la ci-devant province de Québec, passé dans la vingt-huitième année du règne de feu Sa Majesté le Roi George Trois, et intitulé : " Acte ou Ordonnance qui défend à qui que ce soit de pratiquer la Médecine et la Chirurgie dans la Province de Québec, ou la profession d'Accoucheur dans les villes de Québec et Montréal, sans une permission," et tous autres actes ou parties d'actes qui se rapportent, en aucune manière, à la pratique de la médecine, de la chirurgie ou l'art obstétrique dans la province de Québec, ou qui se rapporte en aucune manière, au mode d'obtenir des licences pour y pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, *ainsi que l'acte* 40 *Vict.*, *chap.* 26, *intitulé ;* " *Acte pour amender et refondre les actes concernant la profession médicale et la chirurgie dans la Province de Québec,*" *sanctionné le* 28 *decembre* 1876, seront et sont par le présent abrogés, excepté pour ce qui regarde toute contravention aux dits actes ou à aucun d'eux avant la passation du présent acte, ou à toute amende ou pénalité encourue par suite de telle offense.

---

(1) Afin que nos lecteurs puissent se rendre compte plus facilement des amendements contenus dans cette nouvelle loi médicale, nous les avons mis en caractères italiques.—(NOTE EDIT.)

2. Toute personne résidant dans la province de Québec, autorisée à y pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, *et qui à l'époque de la passation du présent acte, aura été enregistrée sous l'Acte* 40 *Vict., ch.* 26, *et toute personne résidant dans la province de Québec et licenciée à y pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, qui à l'époque de la passation de cet acte, n'aura pas été enregistrée sous l'acte* 40 *Vict., Ch.* 26 *mais qui sera ci-après enregistrée en vertu du présent acte,—et toute personne qui pourra ci-après obtenir une licence pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique, dans cette province, et qui deviendra enregistrée en vertu du présent acte*, seront constituées en corps politique et incorpore sous le nom de : " Le Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec ; " et ils auront, sous ce nom, succession perpétuelle et un sceau commun, avec droit de le changer, l'altérer, le détruire ou le renouveler ; et ils pourront, eux et leurs successeurs, sous le nom susdit, poursuivre, plaider et se defendre, et ester en justice dans toutes les cours et places quelconques, et seront habiles en loi, sous le nom susdit, à posséder, avoir, recevoir, et conserver pour les fins du dit acte, l'avantage du collége, toutes sommes de deniers qui ont été ou seront, en aucun temps ci-après, payées, données ou léguées au dit collége et pour son usage ; et ils pourront, en aucun temps ci-après, sous le dit nom, et sans lettres d'amortissement, acquérir, prendre, recevoir, avoir, tenir et posséder des terres, ténemens ou héritages, et en jouir, ainsi que les profits et intérêts qui en proviendront pour les fins du dit collége et pour nulle autre fin quelconque ; pourront les vendre, concéder, louer, léguer, aliéner ou en disposer, et faire à cet ègard, tout ce que de droit ; pourvu toujours, que la valeur des biens immeubles ainsi possédés par la dite corporation, n'excèdera un aucun temps, la somme de vingt mille piastres.

3. Depuis et après la passation du présent acte, les personnes qui composent le collége des médecins et chirurgiens, seront dénommées Membres du Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

4. Les affaires du dit collége, seront régies par un bureau de gouverneurs, au nombre de quarante, et élus pour trois ans ainsi qu'établi ci-après, savoir : — *quinze seront choisis parmi les membres du collége résidant dans le district de Québec, dix-neuf parmi ses membres résidant dans le district de Montréal, trois parmi ses membres résidant dans le district des Trois-Rivières et trois parmi ses membres résidant dans le district de St. François ; et des membres du dit bureau des gouverneurs pas moins ni plus de huit résideront dans la ville de Québec et pas moins ni plus de dix résideront dans la Cité de Montréal, pourvu toujours que :*

l'Université Laval, à Québec, en nommera deux qui seront choisis parmi les membres du collége, résidant dans la cité de Québec ;— l'Université Laval, à Montréal, en nommera deux ;— l'Université McGill, deux ; — l'Université de Bishop's collége, deux, et l'Ecole Incorporée de médecine et de chirurgie de Montréal, affiliée à l'Université du Collége Victoria, ou avec toute autre université britannique, deux; lesquels dits gouverneurs ainsi nommés seront choisis parmi les membres du dit collége des médecins et chirurgiens, résidant dans la cité de Montréal. Les gouverneurs qui devront être nommés par les institutions mentionnées dans cette section, ne seront pas tenus de faire confirmer ou approuver leurs nomination par le dit collége, mais sur présentation de leur certificat de nomination, auront droit de prendre leurs siéges et d'entrer en fonctions.

Dans le cas où aucune des universités, colléges ou écoles de médecine incorporées maintenant existant dans la province de Québec, cesserait d'enseigner aux étudiants la science de la médecine, le pouvoir de nommer des délégués, comme ci-haut pourvu, cessera ipso facto *et ne pourra revivre que quand ces institutions ou aucunes d'elles, reprendront de bonne foi leur enseignement.*

A chaque élection du bureau des gouverneurs, chaque membre de la dite corporation aura le droit de voter par procuration ;

2. Des districts susdits, le district de Québec comprendra les districts judiciaires actuels de Québec, Gaspé, Saguenay, Chicoutimi, Rimouski, Montmagny, Beauce et Kamouraska ; le district de Montréal comprendra les districts judiciaires actuels de Montréal, Terrebonne, Joliette, Richelieu, Bedfort, Saint-Hyacinthe, Iberville, Beauharnois et Ottawa ; le district des Trois Rivières comprendra les districts judiciaires actuels des Trois-Rivières et Arthabaska ; et le district de St. François comprendra le présent district judiciaire de St. François ;

3. Les membres du bureau des gouverneurs seront élus pour une période de trois ans, mais tout membre pourra, en tout temps, donner sa démission par lettre adressée au secrétaire du dit bureau, le sécrétaire devra incontinent en notifier l'université ou le corps où telle vacance surviendra, et telle université ou corps, pourra nommer une autre personne qualifiée pour remplir cette vacance ; ou si la vacance est causée par la mort, la démission ou le départ d'une ville ou d'un district formant la circonscription électorale d'un membre élu par les cités ou districts, le bureau du gouverneurs, remplira telle vacance, à la première assemblée après que cette vacance sera survenue, en élisant au scrutin, un des membres éligibles du collége, de la cité ou du district où telle vacance sera

survenue, *et dans le cas où aucune vacance surviendrait dans le dit bureau des gouverneurs, en conséquence d'aucune de ces institutions cessant d'enseigner, la place de tels gouverneurs, sera remplie de la même manière, parmi les membres du dit collége résidant dans la cité dans laquelle telle institution était située, durant la suspension d'enseigner de telle institution, ainsi que ci-dessus énoncé ;* et durant aucune telle vacance le bureau des gouverneurs pourra exercer les pouvoirs du bureau ci-après mentionnés.

5. Le dit bureau des gouverneurs sera, et il est par le présent constitué, LE BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE ; et il s'assemblera, en cette qualité, pour remplir les divers devoirs qui lui sont imposés par cet acte, en sa qualité de bureau des gouverneurs du collége, pas moins de deux fois chaque année, à tel lieu et à tel endroit qui seront par le dit bureau, jugés les plus convenables ; et dans ces occasions, septs membres formeront un quorum pour la transaction des affaires.

6. Depuis et après la passation du présent acte, aucune personne ne pratiquera la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, dans la province de Québec, à moins d'avoir obtenu une licence du bureau provincial de médecine, qui est par le présent autorisé à accorder la dite licence.

7. Toute personne ayant obtenu ou qui obtiendra ci-après un degré ou diplôme de médecine, dans une des universités ou écoles mentionnées, à la quatrième section du présent acte, aura droit à telle licence, sans examen, *quant à ses connaissances et habileté en médecine ; pourvu que tel diplôme n'ait été donné qu'après quatre années d'étude médicale, depuis la date de l'admission à l'étude, et suivant les exigences de la loi actuelle ;* pourvu aussi que "LE BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE" aura le pouvoir d'accorder le même privilége aux porteurs de degrés ou de diplôme de médecine et de chirurgie d'autres universités et colléges britanniques, ou des colonies *ou de France.*

8. Depuis et après la passation du présent acte, personne ne sera admis à étudier la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, avant d'avoir obtenu un certificat de qualification du dit bureau provincial de médecine.

Et personne n'aura droit à une licence du collége sur présentation d'un diplôme, à moins qu'il n'ait été préalablement admis à l'étude de la médecine conformément aux dispositions du présent acte, ou à moins qu'il n'ait subi un examen préliminaire équivalent, *devant un collége, une école ou un bureau autorisé par la loi à exiger et faire subir de tels examens préliminaires dans les possessions de Sa Majesté britanique, ailleurs que dans la province de Québec et acceptables au bureau créé par le présent acte.*

9. A la première assemblée régulière du dit bureau, après la passassion de cet acte, le bureau provincial de médecine nommera pour trois ans, (sujet toujours à l'approbation du bureau,) quatre personnes actuellement engagées dans l'œuvre de l'éducation en général, dans la province de Québec, pour examiner tous ceux qui veulent commencer l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, sur les sujets d'éducation en général, ci-après mentionnés, comme devant servir d'examen préliminaire aux étudiants en médecine, savoir : un examinateur parlant la langue française et un examinateur parlant la langue anglaise pour la ville de Montréal, et un parlant la langue française et un parlant la langue anglaise pour la cité de Québec. Les sujets pour la qualification préliminaire seront l'anglais et le français, le latin, la géographie, l'histoire, l'arithmétique, l'algèbre, la géométrie, les belles-lettres, et aucun des sujets suivants : le grec, la physique et la philosophie ; et le candidat devra présenter un certificat de bonnes mœurs ; pourvu que tous les élèves en médecine qui, avant la passation de cet acte, ont passé un examen préliminaire devant l'examinateur ou les examinateurs d'aucune université, école de médecine incorporée, ou le bureau médical provincial, ne soient pas requis d'être examinés par les examinateurs mentionnés dans cette section.

10. Toute personne désirant obtenir une licence pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique, dans cette province, et être enregistré en vertu de cet acte, et qui n'aura pas obtenu un degré ou diplôme de médecine, chirurgie et d'art obstétrique, dans une des institutions mentionnées à la quatrième section du présent acte, devra, avant d'avoir droit à telle licence et à se faire enregistrer dans cette province, passer un examen devant ce bureau, pour prouver ses connaissances et son habileté pour la pratique efficace de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, et après avoir passé l'examen requis, et après avoir prouvé à la satisfaction des examinateurs, qu'il s'est conformé *dans une institution d'enseignement médical dans les Possessions de Sa Majesté* aux règlements passés par le bureau provincial, et, sur paiement de tels honoraires que le bureau peut fixer par un règlement général, cette personne aura droit à une licence pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique, dans la province de Québec.

11. *Toutes personnes venant d'un collége reconnu et en dehors des possessions de Sa Majesté, et désirant obtenir la licence du collége, devront auparavant passer l'examen préliminaire devant les examinateurs nommés par le Bureau provincial de médecine, ou prouver à la satisfaction du Bureau, qu'elles ont déjà passé un examen équivalent ; elles devront de plus suivre, dans l'une*

des écoles de médecine de cette province, un cours complet (six mois) de lectures, et tout autre cours ou cours qui sera ou seront nécessaires pour compléter le curriculum *exigé par le Bureau, elles devront aussi passer l'examen professionnel devant le Bureau provincial de médecine. Ces personnes pourront passer leur examen professionnel immédiatement après leur examen préliminaires.*

12. Le dit bureau des gouverneurs du collége des médecins et chirurgiens aura le pouvoir :

Premièrement.—De régler l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, en établissant des règlements quant à la qualification préliminare, la durée des études, le cours à suivre, et l'âge de l'aspirant à une licence, pour pratiquer ; pourvu toujours, que tels règlements ne soient pas contraires aux dispositions du présent acte ;

Deuxièmement.—D'examiner toutes les lettres de créance, *tout certificat d'admission à l'étude, ou d'assistance au cours et tous autres documents* paraissant donner au porteur, le droit de réclamer une licence pour l'autoriser à pratiquer, et tous diplômes, degrés ou autres qualifications que l'on désirerait faire enregistrer en cette province, et d'exiger du porteur d'iceux, qu'il atteste sous serment, (lequel sera administré par le président pour le temps d'alors), que c'est lui qui est nommé dans les dites lettres, et qu'il les a obtenues légalement ;

Troisièmement.—De faire enregistrer dans les livres du collége, le nom, l'âge, le domicile, la place natale de chaque membre de la profession qui pratique maintenant, ou pourra à l'avenir pratiquer dans la province de Québec, ainsi que la date de sa licence et la place où il l'a obtenue ;

Quatrièmement.—De fixer le temps d'épreuve que les personnes devront subir, avant d'être éligibles comme gouverneurs du collége, lequel temps d'épreuve ne sera pas moins de quatre ans ; et de faire toutes telles règles et règlements pour le gouvernement et la régie efficace de la dite corporation, et l'élection d'un président et des officiers d'icelle, ainsi que les membres du dit collége le jugeront convenable et expédient, lesquels règles et règlements seront soumis au lieutenant-gouverneur en conseil de la province, pour être approuvés par lui, et ne seront en force qu'après avoir reçu sa sanction.

13. Le bureau provincial de médecine fera de temps en temps, quand l'occasion le demandera, des règlements :

1° Pour la ligne de conduite des examinateurs, et pour prescrire les sujets et le mode d'examen, le temps et lieu où seront tenus ces examens, et, en général, fera les règlements qu'il jugera con-

venables et nécessaires, relativement à ces examens, pourvu que ces règlements ne soient pas contraires aux dispositions de cet acte;

2° *Règlementer* l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, quant aux qualifications préliminaires, à la durée de l'étude et au cours d'étude que devront suivre les étudiants;

Pourvu tonjours, que ces règlements ne soient pas contraires aux dispositions de cet acte, et que aucun changement dans le cours d'études établi par le bureau, ne vienne en vigueur qu'un an après qu'il aura été fait;

3° Pour nommer des assesseurs choisis *parmi* ses membres ou parmi les membres enregistrés du collége, pour visiter et assister aux examens médicaux dans les diverses universités, colléges et écoles incorporées de la province, et faire rapport au bureau provincial sur la nature de ces examens; mais tels assesseurs ne seront pas choisis parmi les professeurs, dans aucune des dites universités ou écoles incorporées, et au cas où tel rapport serait, en aucun temps, défavorable à aucune université, collége ou école incorporée, le bureau provincial pourra, *dans ces cas et sous ces circonstances, refuser la licence* et l'enregistrement des degrés ou diplômes des institutions au sujet desquelles il aura été fait tel rapport, tant que tels examens n'auront pas été amendés.

A cette fin, le bureau provincial nommera ou élira des assesseurs, dont deux ou plus devront assister aux examens de chaque université, collége ou école de médecine incorporée *d'accord avec un règlement à être passé ci-après par le bureau;*

Ces institutions devront notifier le bureau provincial, au moins un mois à l'avance, de l'époque ou des époques auxquelles leurs examens auront lieu;

4° Pour fixer le tarif des prix qui seront payés dans les villes et dans les campagnes pour les avis en matière de médecine, d'art obstétrique ou de chirurgie, ou pour les soins, ou pour l'accomplissement de toute opération, ou pour toutes médecines qui auront été prescrites ou fournies;

5° *Un tel tarif pour être valable, devra être approuvé par son honneur le lieutenant-gouverneur de la province de Québec, en conseil, et ne pourra entrer en force que six mois après sa publication, ainsi que la publication de l'ordre en conseil approuvant le dit tarif, une seule fois dans la Gazette Officielle de la province de Québec.*

Ce tarif ne dispensera pas, en cas de poursuite, de la preuve des avis, soins, prescriptions, remèdes et autres choses y mentionnés, d'après les lois actuellement en force.

14. Le bureau provincial de médecine aura le pouvoir de fixer, par règlement, le salaire ou les honoraires qui doivent être payés aux officiers, aux examinateurs et aux assesseurs nommés par le

dit bureau ; ainsi que les honoraires que devront payer tous les candidats qui demanderont des licences pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique, ainsi que les honoraires qui devront être payés pour enregistrement ; et le bureau pourra disposer de ces honoraires de la manière qu'il croira le plus propre à favoriser les intérêts du collége.

15. Les qualifications requises de tout candidat *pour l'obtention d'une licence l'autorisant à pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique, consisteront en ce qu'il ait un certificat d'étude d'un médecin licencié pour l'intervalle qui sépare les cours qu'il a suivis ;* qu'il ait atteint l'âge de vingt-et-un ans ; qu'il ait *étudié pendant* une période de pas moins de quatre années à dater de son admission à l'étude de la médecine par le bureau ; et qu'il ait suivi pendant les dites quatre années, dans quelque université, collége ou école de médecine incorporée, dans les domaines de Sa Majesté, pas moins de deux cours de six mois chacun, d'anatomie générale ou descriptive,—d'anatomie pratique,—de chirurgie, — de pratique de la médecine,—de l'art obstétrique,—de chimie,—de matière médicale et thérapeutique générale,—des institutes de médecine ou de physiologie et de pathologie générale,—de clinique médicale et de clinique chirurgicale,—un cours de six mois ou deux cours de trois mois de jurisprudence médicale,—et un cours de botanique de trois mois,—un cours d'hygiène de trois mois et un cours de pas moins de vingt-cinq démonstrations sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie microscopiques ; aussi, qu'il ait suivi la pratique général d'un hôpital contenant au moins cinquante lits, sous la charge de deux médecins ou chirurgiens au moins, pendant une période de pas moins d'une année et demie, ou trois périodes de pas moins de six mois chacune ; et qu'il ait assisté à six cas d'accouchement, et qu'il ait manipulé (*compounded*) des remèdes pendant six mois ; et pour faire disparaître tous doutes à l'égard du nombre de lectures que les écoles incorporées de médecine de la Province de Québec sont tenues de donner, il est statué et déclaré, que chaque cours de six mois sera de cent vingt lectures, excepté pour la clinique médicale et chirurgicale, et la jurisprudence médicale. Des quatre années d'études exigées par le présent acte, au moins trois termes de six mois chacun, seront employés à suivre des cours dans une université, collége ou école de médecine incorporée reconnue par ce bureau : les premiers de ces cours seront ainsi suivis la session qui suivra immédiatement l'examen préliminaire.

16. Toutes les personnes qui obtiendront du collége des médecins et chirurgiens de la province de Québec, une licence les autorisant à pratiquer, porteront le nom de membres du dit collége, mais elle ne pourront être élues comme gouverneurs, qu'après

quatre années de la date de leur admission comme membres; et telle élection des gouverneurs, sera faite suivant les règlements et de la manière que le bureau adoptera. Les membres du collége paieront une somme de deux piastres par année pour l'usage du collége.

17. *Le bureau provincial de médecine aura le pouvoir de faire des règles et règlements concernant l'admission des femmes à l'étude et à la pratique des accouchements, dans cette province, et il fixera le degré, la nature et l'étendue des connaissances et qualifications exigées des femmes désirant pratiquer les accouchements ; pourvu toutefois, que toute femme qui à l'époque de la passation du présent acte, aura été légalement qualifiée pour pratiquer comme sage-femme dans cette province, retiendra ce droit, mais sera requise de se conformer à tels règles et règlements qui pourront être faits ci-après à leur égard par le Collége des médecins et chirurgiens de Québec ;* (1) *rien dans cette section ou dans les règlements qui seront faits n'empêchera comme cela se fait souvent, les femmes dans les campagnes, de pratiquer les accouchements ou d'aider aux accouchements sans qu'elles soient admises à l'étude ou à la pratipue des accouchements, mais elles devront obtenir un certificat d'un médecin duement licencié constatant qu'elles ont les capacités sufficantes.*

18. Le bureau provincial de médecine fera tenir par le régistrateur, un livre appelé régistre, dans lequel sera entré, de temps à autre, le nom de toutes les pernonnes qui *auront été dûment licenciées et enregistrées en vertu de l'acte* 40 *Vict., chap.* 26, *en vertu du présent acte,* et qui seront conformées aux dispositions ci-après mentionnées, et aux règles et règlements faits ou qui seront faits par le bureau provincial de médecine concernant les qualifications réquises pour les personnes pratiquant la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique dans la province de Québec ; et ces personnes seules dont les noms ont été ou seront plus tard inscrits dans le registre ci-haut mentionné, seront considérées comme qualifiées et licenciées pour la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique dans la province de Québec. Et ce registre pourra, en tout temps, être examiné par tout praticien dûment enregistré ou par toute autre personne.

19. Le régistrateur devra tenir le régistre correct, en conformité des dispositions de cet acte et des ordres et règlements du

(1) La partie suivante de cette section a été ajoutée par la législature et c'est à celle-ci que revient tout l'honneur des contradictions qu'elle contient.—[NOTE ÉDIT.]

bureau provincial de médécine, et il fera, de temps à autre, les changements nécessaires quand à la résidence et aux qualifications des personnes enregistrées d'après cet acte ; et il remplira tous les autres devoirs qui lui seront imposés par le bureau provincial de médecine.

20. *Le régistrateur du collége, sous la direction du bureau des gouverneurs, fera imprimer et publier et distribuer aux membres du collége, de temps en temps, une copie du registre des dits noms, qu'il coordonnera alphabétiquement, en y insérant leurs noms et prénoms, leur résidence respective, leurs titres médicaux, leurs diplômes et qualifications conférés par le collége ou autre corps médical, avec les dates d'iceux,— de toutes les personnes apparaissant au registre alors existant, au jour de la publication, et tel registre sera appelé "Le registre médical de Québec" ; et une copie imprimée de tel registre, certifiée sous la signature du régistrateur comme tel, fera preuve primâ facie, devant toutes cours et tous juges de paix et autres, que les personnes y nommées et entrées, ont été enregistrées selon les dispositions de l'acte ; et l'absence du nom d'aucune personne dans telle copie, fera preuve* primâ facie ; *que telle personne n'a pas été enregistrée suivant les exigences du dit acte ; pourvu toujours que dans ce cas, aucune personne dont le nom n'apparaîtra pas dans une telle copie imprimée, une copie ou extrait du registre certifié par le régistrateur du collége, de l'entrée du nom de telle personne sur le registre, fera preuve que telle personne est enregistrée suivant les dispositions du présent acte. Et un certificat sous le seing du registrateur à l'effet qu'aucun membre dont le nom apparaît sur le registre, a payé ses contributions annuelles du collége, sera admis dans toute cour de justice comme preuve primâ facie que tels paiements ont été faits.*

21. Si le régistrateur est convaincu d'une félonie, il sera à l'avenir, disqualifié pour aucune charge dans le collége.

22. Tout membre de la profession médicale qui, lors de la passation de cet acte, sera possesseur d'une licence donné par le collége des médecins et chirurgins du Bas Canada, pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique dans la province de Québec, *et qui n'aura pas été enregistré sous l'acte* 40 *Vict., Chap.* 26, aura le droit, sur paiment au régistrateur, d'un honoraire d'une piastre, *et de toute redevances annuelles et contributions par lui dues et payables au ci devant collége des médicins et chirurgiens de cette*

province créé par l'acte 40 *Vict., Chap.* 26, de se faire enregistrer, en produisant au registrateur le document qui lui donne ou qui prouve l'a ou chacune des qualifications en vertu desquelles il désire être enregistré, ou en transmettant par la poste au dit registrateur, son nom et sa résidence, et la preuve des qualifications en vertu desquelles il désire être enregistre, ainsi que la date de leur obtention ; pourvu toujours qu'il se fasse enregistrer dans le cours d'une année après la passation de l'acte.

23. Toute personne *obligée ou ayant droit* suivant cet acte, d'être enregistrée, mais qui négligera ou qui omettra de se faire enregistrer, *n'aura pas le droit de pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique* et ne jouira d'aucuns droits ou priviléges conférés par cet acte, tant que durera cette négligence ou cette omission, et elle sera passible de toutes les pénalités imposées par cet acte, ou par tout autre acte qui peut être maintenant en force, contre les praticiens non qualifiés ou non enregistrés, et elle paiera, *en outre, au* COLLÉGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC, une amende de cinq piastres, chaque année, jusqu'à ce qu'elle soit enregistrée, *laquelle amende ou pénalité pourra être recouvrée devant la cour de circuit du comté ou district où résidera telle personne ainsi en défaut, pour, par, au nom, et pour l'usage de la dite corporation constituée par le présent acte, sous le titre de :* LE COLLÉGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

24. *Toute personne qui aura suivi des cours de médecine durant trois sessions d'aucune école de médecine, dans les possessions Britanniques, et qui se sera actuellement livrée dans cette province, à la pratique ou à la profession de la médecine pour un laps de temps dépassant trente années, pourra, sur preuve de ces faits, à la satisfaction du bureau provincial de médecine, et en produisant en sus, un certificat signé par deux médecins résidant dans les environs où il a pratiqué, qu'il a réussi dans sa profession, et qu'il mérite la considération du bureau, aura droit à une licence, pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique dans cette province, et à l'enregistrement sans d'examen.*

25. Personne *à moins qu'autrement dûment autorisée* n'aura le droit de recouvrer aucun compte devant aucune cour de justice, pour aucun avis médical ou chirurgical, pour services professionnels, pour aucune opération, ou pour aucun remède qu'il peut avoir prescrit ou donné, ni ne pourra se prévaloir d'aucuns droits ou priviléges conférés par cet acte, à moins qu'il prouve qu'il est enregistré d'après cet acte et qu'il ait payé sa contribution annuelle au collége.

26. Aucun certificat, requis par le présent ou par tout acte maintenant en force, de la part d'un médecin, d'un chirurgien ou d'un médecine pratiquant ne sera valide, à moins que la personne qui l'a signé soit enregistrée d'après cet acte.

27. Tout membre enregistré de la profession médicale, qui aura été trouvé coupable d'aucun acte de félonie devant aucune cour de justice, perdra par ce fait même, son droit à l'enregistrement, et le bureau provincial de médecine fera rayer son nom du registre ; ou, dans le cas où une personne convaincue de félonie, se présenterait pour se faire enregistrer, le registrateur *refusera* tel enregistrement.

28. Toute personne n'ayant pas droit d'être enregistrée dans cette province, qui sera convaincue, *sous le serment d'un ou de plusieurs témoins, d'avoir pratiqué* la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique dans la province de Québec *en contravention aux dispositions de cet acte, après la passation du présent acte*, soit à gages, soit pour argent, ou dans l'espérance d'une récompense, *encourra une pénalité* de pas moins de vingt-cinq piastres ni de plus de cent piastres.

2. *Une pénalité semblable de pas moins de vingt-cinq piastres ni de plus de cent piastres* sera encourue par toute personne assumant *après la passation du présent acte*, le titre de docteur, de médecin ou de chirurgien, ou tout autre nom qui pourrait faire supposer qu'elle est autorisée légalement à pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique dans cette province, si elle ne peut pas établir ce fait par une preuve légale, *telle que voulu par le présent acte et les lois du pays.*

3. Toute personne qui, *après la passation du présent acte*, dans une annonce, dans un papier-nouvelle ou dans des circulaires écrites à la main ou imprimées, ou sur des cartes d'adresse, ou sur des enseignes, assume un titre, un nom ou une désignation de nature à faire supposer ou à porter le public à croire qu'elle est dûment enregistrée ou qualifiée comme pratiquant la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique ou aucun de ces genres de médecine, ou toute personne qui offre ou qui donne ses services comme médecin, chirurgien ou accoucheur, *soit à gages, soit pour argent, ou dans l'espérance d'une récompense*, si elle n'est pas dûment autorisée et enregistrée dans cette province, sera, dans aucun de ces cas, passible d'une semblable amende *de pas moins de vingt-cinq piastres ni de plus de cent piastres.*

4. Dans toute poursuite d'après cet acte, la preuve de l'enregistrement sera à la charge du poursuivi.

5. *Les pénalités édictées par la présente section 28, seront poursuivies en la forme de simple action civile ordinaire, devant toute cour de circuit ou la cour supérieure du district où résidera le délinquant, ou du district où l'infraction à cette acte aura été commise, au nom du " Collége des Médecins*

et Chirurgiens de la Province de Québec;" et la cour ainsi saisie de la poursuite, devra condamner, si la preuve lui paraît satisfaisante, le délinquant ou défendeur, à payer, outre la pénalité, les frais de la poursuite, et, dans le cas où les frais et la pénalité ne seraient pas payés, ordonner que le délinquant ou défendeur soit emprisonné pour une période n'excédaant pas trente jours, dans la prison commune du district où la poursuite aura été intentée, pourvu toujours qu'il puisse sortir en tout temps avant l'expiration des trente jours, en payant la pénalité et les frais auxquels il aura été condamné.

Les pénalités imposés par cet acte seront recouvrables avec frais, et elles pourront être recouvrées par poursuites légales par le dit collége des médecins et chirurgiens de la province de Québec, en son nom incorporatif, et ayant été recouvrées, appartiendront à la dite corporation pour l'usage d'icelle.

29. Dans tous les cas où, d'après cet acte, la preuve de l'enregistrement sera requise, une copie imprimée ou autre *ou extrait* du registre, certifiée par le régistrateur du collége des médecins et chirurgiens de la province de Québec, pour le temps d'alors, sera une preuve suffisante que toutes les personnes qui y sont mentionnées, sont enregistrées comme médecins pratiquants, au lieu de la production du registre original; et tout certificat sur telle copie imprimée ou autre du registre *ou extrait de tel registre*, établissant qu'il a été signé par une personne quelconque dans sa capacité de registrateur du collége, d'après cet acte, fera preuve *primâ facie* que telle personne est le dit registrateur, sans qu'il soit nécessaire de prouver sa signature, ou qu'il est de fait tel registrateur.

30. Le bureau actuel des gouverneurs élus d'après les dispositions des actes ci-dessus rappelés, sera continué et agira jusqu'à la prochaine élection triennale, mais sujet sous tous les autres rapports aux dispositions de cet acte; et tous les règlements et règles faits jusqu'ici par le dit collége des médecins et chirurgiens *de la province de Québec*, demeureront en force jusqu'à ce qu'ils soient rappelés ou modifiés d'après les dispositions de cet acte.

31. Les officiers nommés d'après les dispositions des actes rappelés, conserveront leurs charges respectives et rempliront leurs devoirs respectifs, selon les dispositions de cet acte; et tous les livres et registres tenus ci-devant par eux, conformément aux actes rappelés, continueront à servir à leurs besoins respectifs, selon cet acte.

32. Le collége des médecins et chirurgiens de la province de Québec, est par le présent acte, mis en possession de tous les droits pouvoirs, priviléges, propriétés et revenus appartenant ci-devant

au collége des médecins et chirurgiens du Bas Canada *et du collége des médecins et chirurgiens créé par l'acte* 40 *Vict., Chap.* 26.

33. *Aucune personne licenciée à pratiquer comme susdit, et enregistrée en vertu du dit acte 40 Vict. Chap. 26, ne sera, par suite de ce qui est contenu dans cet acte, relevée ou déchargée de l'accomplissement de toutes ses exigences et ses obligations, honoraires, redevances, amendes et penalités, dus et encourus en vertu du dit acte, envers et en faveur du ci-devant collége en vertu du ci-devant acte, et spécialement dans et par les 15e, 20e et 22e sections du dit acte, lesquels pourront en conséquence, être recouvrés et exigés des délinquants par le dit collége établi par cet acte, et tant qu'ils ne se seront pas conformés et mis en règle avec le dit présent collége, tels délinquants n'auront droit à aucun des droits et priviléges accordés aux licenciés enregistrés en vertu de cet acte.*

34. *Il sera loisible au président du collége s'il le juge expédient, en aucun temps, par un ordre sous son seing et sa signature, d'autoriser, nommer, constituer et nommer toute personne ou personnes, autres qu'aucun des officiers du dit collége, qu'il pourra choisir pour prendre des procédes contre toute personne supposée avoir enfreint aucune des dispositions de cet acte, et de percevoir toute somme ou sommes d'argent payables au dit collége par aucune personne en vertu de cet acte.*

35. Rien de ce qui est contenu dans le présent acte ne sera considéré comme affectant les droits d'aune personne, en vertu des dispositions de l'acte 28 Vict., ch. 59, tel que amendé par l'acte 29 Vict., ch. 95.

36. *Cet acte viendra en force le jour de sa sanction.*

TRAVAUX ORIGINAUX.

Discours prononcé par M. le Dr. J. P. Rottot, le 1er octobre 1879, à l'ouverture des cours de l'Université-Laval à Montréal.

M. le Recteur,
M. le Maire,
Mesdames et Messieurs,

La position que j'occupe dans la Faculté de Médecine de l'Université Laval, m'impose le devoir de faire aujourd'hui quelques observations. C'est un honneur que j'accepte avec un plaisir mêlé d'inquiétude. Cependant, la crainte que j'éprouve disparaît en partie, au souvenir du bon accueil que j'ai déjà reçu dans d'autres circonstances; et la sympathie, que vous nous témoignez ce soir par votre présence, m'encourage à compter encore une fois sur votre bienveillance.

Je ne puis m'empêcher d'exprimer, d'abord, le plaisir que cette inauguration nous fait éprouver, à nous médecins, professeurs de la succursale de l'Université Laval; nous la considérons comme le couronnement de l'œuvre, qu'avec d'autres, nous avons entrepris, et comme la récompense de nos efforts.

L'établissement de cette succursale, comme tout changement important, n'a pu se faire sans avoir eu de grandes difficultés à surmonter, sans avoir froissé les opinions d'un certain nombre, et porter ombrage aux intérêts de plusieurs. Mais quand le calme sera fait dans les esprits, quand on verra le bien qui en résulte, on restera étonné de l'opposition qu'on lui a faite, et on rendra justice à ceux qui y ont contribué.

Cependant, tout en appréciant à sa juste valeur le jugement favorable que la postérité portera plus tard sur notre conduite, j'avoue qu'il nous serait très agréable de mériter dès aujourd'hui même l'approbation de nos concitoyens.

Vous me permettrez donc de vous faire connaître aussi brièvement que possible les principales raisons qui ont déterminé notre ligne de conduite, et de dérouler devant vous les événements qui, en se succédant, out forcément amené l'Université-Laval à Montréal. Ce nouvel ordre de chose n'est pas survenu

porteur d'un diplôme avait le droit d'obtenir, sans examen, la licence du Collége des Médecins, l'autorisant à pratiquer la médecine. La privation du diplôme et des avantages qui en découlaient, mettait donc le patriotisme des élèves à une sérieuse épreuve ; et pour ne pas les perdre, les Professeurs de l'Ecole résolurent de faire tout en leur pouvoir afin de se mettre dans une position plus avantageuse. Ils demandèrent d'abord à la Législature le droit de pouvoir accorder des degrés. Le gouvernement refusa, pour la raison, qu'il ne pouvait pas accorder à une simple Ecole le privilège de donner des degrés universitaires. Après cet échec ils tournèrent leurs regards du côté de l'Université McGill, et réussirent à s'affilier avec elle. Malheureusement, cette affiliation n'eut pas une longue durée ; McGill la brisa au bout de quelques années. L'Ecole, abandonnée de nouveau à elle-même, obtint ensuite du Collége Victoria de Cobourg une autre affiliation, qui existe encore aujourd'hui. Cette affiliation, en mettant ses élèves sur un pied d'égalité avec ceux des autres Institutions, améliorait considérablement la position de l'Ecole. Cependant les Professeurs étaient loin d'être satisfaits de ce succès, parce que, premièrement, ils savaient que les Autorités religieuses voyaient d'un mauvais œil leur affiliation à une Université protestante ; et, secondement, parce que leur position n'était pas suffisamment assurée ; ils dépendaient d'une volonté étrangère ; cette affiliation pouvait être brisée d'un jour à l'autre, comme elle l'avait déjà été ; et enfin, parce que, à part le privilége de donner des diplômes à leurs élèves, ils n'avaient pas obtenu pour l'Ecole elle-même, le moindre avantage. Cette fausse position nous affectait considérablement, et nous n'apercevions qu'un seul moyen pour en sortir : c'était l'établissement d'une Université indépendante à Montréal. Monseigneur Bourget faisait alors des démarches dans ce sens-là auprès de la Cour de Rome, et nous fûmes très heureux de pouvoir lui offrir notre concours. Mais, après avoir fait tout en son pouvoir pour gagner sa cause et la nôtre, après quinze ans de lutte, la Cour Romaine décréta qu'il n'y aurait point d'Université indépendante à Montréal, mais une succursale de Laval.

Ce court apperçu nous fait donc connaître les imperfections de notre systeme d'éducation et nos efforts pour le rendre plus parfait ; il nous fait comprendre aussi clairement que ce sont ces imperfections et ces efforts qui ont forcé la Cour de Rome (si je puis m'exprimer ainsi) a établir une succursale de Laval à Montréal. Mais dira-t-on, ce n'était pas une succursale que nous demandions, mais une Université indépendante. Ceci est vrai ; d'un autre côté, il ne faut pas oublier, que nous

avions porté notre cause à Rome, devant le plus haut tribunal possible, et que ce tribunal a jugé contre nous. Que pouvions nous faire ? Si ce n'était pas manquer de respect, je dirais bien que nous avions le droit, qu'ont tous les plaideurs malheureux de maudire nos juges pendant 24 heures : mais ensuite. Il est évident qu'il nous fallait ou mettre à exécution le decret de Rome, ou rester dans la position que nous reconnaissions nous-mêmes depuis longtemps être fausse.

Mais comment cette position était-elle fausse ? et pourquoi avons nous tant désiré et fait tant d'efforts pour obtenir une Université à Montréal ? Est-ce que c'était pour notre propre avantage à nous professeurs, ou pour celui de l'Ecole ? Non. Car, si nous eussions considéré seulement notre intérêt personnel ou celui de l'Ecole, nous aurions été satisfaits de notre affiliation avec le Collége Victoria, parceque nous conservions par elle notre indépendance et notre liberté ; et nous savions qu'en nous unissant à une Université à Montréal, l'Ecole perdrait son autonomie et son existence légale. Quelle est donc la raison qui nous portait à faire tous ces sacrifices ? C'est qu'en devenant membres de l'Ecole de Médecine, nous avions contracté une responsabilité des plus grandes vis-à-vis du public et vis-à-vis des élèves. L'éducation médicale de ceux-ci nous était confiée, nous devions donc la leur donner aussi complète et aussi parfaite que possible, et nous manquions à notre devoir si nous n'en faisions pas des médecins instruits, et capables de contribuer au bonheur des populations au milieu desquelles ils étaient destinés à vivre.

Pour obtenir ce résultat, il fallait absolument que l'Ecole pût nous mettre en état de sacrifier une partie considérable de notre temps à l'enseignement ; et que ses ressources fussent suffisantes pour nous permettre de suivre et de faire suivre à nos élèves les progrès de la science ; car nous ne voulions pas marcher à la remorque des autres institutions médicales : et nous savions que la position de l'Ecole ne lui permettait pas de nous faire atteindre notre but. En effet, lorsque l'Ecole de Médecine fut fondée, elle n'avait pour garantie de son existence que le dévouement de ses fondateurs ; et ceux-ci n'avait pour tout bien que l'espérance dans l'avenir. Il fallait du courage pour faire dans de pareilles circonstances, une entreprise si importante, et il en a fallu autant sinon plus pour la continuer. Pour que des institutions de ce genre puissent remplir leur but, il faut en effet qu'elles appartiennent à une corporation puissante ou qu'elles soient supportées par une ville, ou par l'état. Quant à l'Ecole de Médecine, elle a toujours été laissée à ses propres ressources ; aussi, malgré notre dévouement, malgré nos

sacrifices, nous n'avons jamais pu la mettre dans une condition financière satisfaisante; nous n'avons jamais pu la faire sortir de l'état de gêne dans lequel elle a pris naissance. Le public lui-même, n'a jamais cherché à savoir ce qu'elle était, ni le bien qu'elle voulait faire. Malgré nos appels réitérés nous n'avons jamais, que je sache, reçu le moindre encouragement de la part d'un seul citoyen de Montréal. Notre énergie fléchissait devant des obstacles toujours renaissants, devant des sacrifices toujours inutiles. Voilà pourquoi notre seul espoir était dans l'établissement d'une Université à Montréal. Si je ne me trompe pas, nous avons atteint notre but; non pas à la vérité de la manière que nous le désirions, mais enfin, nous avons une Université, par la succursale de Laval. Rome, pour des raisons que nous devons respecter, n'a pas jugé à propos d'en créer une deuxième dans cette Province. Pourquoi ne pas nous soumettre. Pourquoi ne pas accepter cette Université. C'est le remède que nous demandions à nos maux. Est-ce qu'il serait mauvais parce que c'est l'Université Laval? Quelle opinion devrions nous avoir, alors, de la cour romaine et de notre épiscopat. Quelle raison, enfin, pourrions nous donner pour motiver un refus? Je n'en vois pas. Au contraire, en acceptant l'Université, nous élevons immédiatement le niveau des études médicales, nous plaçons nos élèves dans un milieu qui devra avoir sur eux la plus salutaire influence, et nous donnons aux parents toutes les garanties possibles pour leurs enfants. Nous devenons immédiatement partie intégrante de l'Université; nous jouissons de tous les avantages qu'elle donne à ses professeurs et à ses élèves. Son existence, fondée sur des bases solides, garantit notre avenir, et sa réputution si justement méritée rejaillit sur nous. Maintenant, que lui donnons-nous en retour? Rien, pour le moment; sinon, le peu de mérite personnel que chacun de nous peut avoir, et notre ferme désir, avec l'espoir de pouvoir contribuer plus tard à sa réputation et à sa gloire. De sorte qu'à part la soumission que nous devons comme catholique à une décision du Saint-Siége, tous les motifs d'intérêt privé et public nous portent à accepter l'Université Laval.

Cependant, je dois dire que, pour une raison tout à fait étrange, pour dire le moins, nous sommes fortement blâmés par un certain nombre de personnes. Il suffit de l'énoncer pour en apprécier toute la valeur. Il paraît qu'en devenant membres de l'Université-Laval, nous nous faisons une position humiliante, nous nous mettons au pouvoir et sous le contrôle d'une corporation étrangère; notre intelligence, notre énergie, nos travaux seront mis à contribution par elle et pour elle;

les succès et la gloire que l'avenir nous réserve seront encore pour elle; qu'enfin elle s'efforcera de tout accaparer, afin de briller aux yeux du public, tandis qu'elle nous tiendra dans l'ombre, et que nous serons méconnus et oubliés.

Je regrette sincèrement qu'on ait exprimé de semblables idées. Supposer de tels motifs aux Messieurs du Séminaire de Québec, c'est certainement faire injure à tout leur passé et aux sentiments d'honneur qui les distinguent. On ne nous fera jamais croire que c'est la vanité, l'égoïsme et l'orgueil qui président aux destinées de l'Université Laval, et qu'on ne cherche à l'élever si haut, qu'afin d'attirer sur elle des louanges et des regards d'admiration. De plus, comment peut-on prétendre que nous occupons une position inférieure, quand nous appartenons à l'Université au même titre et avec les mêmes droits que les Professeurs de Québec même. Ne serait-ce pas dire aussi, que Rome veut humilier une partie des catholiques de cette Province, en leur faisant faire une bassesse? Dire que l'Université Laval est étrangère, n'est-ce pas vouloir engendrer la désunion parmi nous, et relâcher les liens de fraternité qui doivent unir ensemble les membres d'un même peuple. Dans une question si importante, ce n'est pas Montréal ni Québec que l'on doit considérer, mais la Province tout entière. Ce ne sont pas les préjugés de l'une ou de l'autre ville que l'on doit flatter; ce n'est pas la mesquine jalousie de clocher du village qu'il faut nourrir. Ne formant qu'un seul peuple, imbus des mêmes principes, tendant au même but, nous devrions être heureux au contraire, si cette circonstance pouvait être la cause d'un rapprochement, d'une union plus intime, et si elle pouvait donner naissance à la seule rivalité permise, celle de se surpasser mutuellement dans les arts, dans les sciences et dans le bien.

Pour nous, encouragés par le public, aidés par le Séminaire de St. Sulpice, protégés par Mgr de Montréal, nous allons nous mettre courageusement à l'œuvre, afin d'enseigner à nos élèves la science si importante et si difficile de la médecine.

Je prendrai maintenant la liberte de faire à messieurs les élèves quelques observations sur les difficultés que présentent l'étude et la pratique de la médecine. Lorsqu'on voit tant de personnes dans toutes les classes de la société faire de la médecine, lorsqu'on entend parler des succès étonnants de ces médecins de contrebande, et surtout, lorsqu'on est témoin de la confiance illimitée, qu'ils inspirent aux plus pauvres comme aux plus riches, aux plus ignorants comme aux plus instruits, on est tenté de croire que la chose la plus facile au monde, c'est d'être un bon médecin, et que la médecine est la meilleure

carrière à prendre pour nous faire atteindre sans trouble et sans effort, le bonheur, la considération et la fortune. Cependant, à peine sommes nous en pratique, que l'illusion disparaît, et nous nous appercevons que les inquiétudes et les angoisses compensent, et au-delà, les louanges, les témoignages d'estime et de reconnaissance que nos succès peuvent nous mériter. Néanmoins, il est probable que cette fausse impression engage un certain nombre de jeunes gens a commencer l'étude de cette science sans en réaliser toute l'importance et toute les difficultés, et, surtout, sans posséder les connaissances requises pour la compléter avec satisfaction. C'est pour cela qu'on voit tant de déceptions et de découragements. Ces médecins fatigués par les obstacles de tout genre qu'ils rencontrent à chaque pas, décontenancés par leurs nombreux insuccès, et par ces guérisons surprenantes survenues à la suite de traitements différents, ou même sans aucun traitement, se troublent et finissent par regarder la médecine comme un art aveugle, comme du charlatanisme. Nos systèmes opposés et contradictoires semblent leur prouver, que notre science ne repose pas sur des bases solides, que toutes nos connaissances ne s'appuient que sur des avancées, des propositions plus ou moins probables, réunis en un corps, que nous qualifions pompeusement du nom de sciences médicales. Ce faux jugement dépend uniquement de ce qu'ils n'ont pas une connaissance suffisante des nombreuses sciences qui servent de base à la médecine; de ce qu'ils ne comprennent pas leurs rapports entre elles, ni les lois qui les gouvernent. Ils n'ont jamais saisi l'ensemble des connaissances médicales; ils n'en ont vu qu'un côté, qu'une partie. C'est cette science imparfaite qui a produit cette succession de théories fausses que nous possédons; théories fondées sur une seule idée, un seul organe, une seule fonction. Ainsi par exemple, pour un certain nombre de médecins le principe vital est la seule cause de la santé et des maladies; pour les autres c'est le systeme nerveux. Celui-ci regarde l'estomac comme l'organe le plus important, et voit dans une mauvaise digestion le principe de tous nos maux; celui-là le place dans le sang ou les humeurs; quelques-uns attribuent nos dérangements à un état sthénique ou asthénique de l'organisme, etc.; et chacun bâtissant son système sur une de ces idées exclusives ne propose qu'une thérapeuthique exclusive, qui a plus ou moins de vogue, plus ou moins de succès, selon les circonstances, et selon les talents de son auteur, mais qui tôt ou tard, finit par être rejettée à cause des résultats peu satisfaisants qu'elle donne. Cette manière de procéder a retardé et retarde encore beaucoup les progrès de la science; elle contribue con-

sidérablement aussi, à jeter du discrédit sur la médecine et sur les médecins.

Il ne faut pas, cependant, blâmer trop fortement les auteurs de tous ces systèmes; ce sont des efforts de l'esprit humain pour découvrir la vérité. Mais ces erreurs, qu'il faut détruire les unes après les autres, ajoutées au travail immense qu'exige l'étude de cette science, nous font comprendre la grandeur et le nombre des obstacles qui se dressent devant nous. Malheureusement les difficultés n'existent pas seulement dans l'étude, dans la théorie de la médecine; elles apparaissent aussi grandes et aussi nombreuses dans la pratique. Ces difficultés ne sont pas uniquement dues à ce que la science est encore trop imparfaite; car, quand même elle serait rendue à son entier développement, quand même les médecins seraient tous d'accord sur les principes, les mêmes difficultés apparaîtraient toujours, ainsi que les mêmes divergences d'opinion parmi eux, lorsqu'il s'agirait de la pratique. Voici pourquoi. Vous avez appris le nom des maladies, leurs symptômes, leur marche et leurs effets sur la constitution, ainsi que le nom des remèdes, eur dose et leur mode d'action; vous connaissez aussi à la perfection, je suppose, la théorie de la médecine; mais ces connaissances ne sont que des matériaux mis à votre disposition: il faut maintenant vous en servir, il faut que vous fassiez l'application des règles et des principes qu'on vous a enseignés. On vous a dit que tel traitement doit être employé dans telle maladie; mais c'est à vous de trouver la maladie. On vous a dit que le traitement doit varier suivant la force ou suivant la constitution du malade; mais c'est à vous de juger cette force, d'apprécier cette constitution; il vous faut donc analyser les symptômes qui se présentent à votre observation afin d'en découvrir la signification et l'importance, et non seulement il faut que vous connaissiez la propriété de chaque remède et sa dose, mais vous devrez de plus pouvoir saisir le moment opportun de le donner, ainsi que les circonstances et les complications qui contreindiqueront son emploie, etc., etc. Vous n'avez pour vous guider dans ce travail que votre intelligence et votre jugement. Il s'en suit donc que ce travail sera plus ou moins parfait selon que vos facultés intellectuelles seront plus ou moins développées. Et comme il y a une différence plus ou moins considérable dans l'intelligence de chaque homme, il en résultera toujours cette variété inévitable dans le diagnostic et le traitement des maladies. Que doit faire le médecin pour mettre à profit les préceptes qui règlent les applications de l'art médical à l'être vivant? *Un grand savant va nous le dire.* Il faut qu'il acquiert l'habitude de concentrer

son attention sur tous les faits relatifs à un sujet, à une maladie quelconque; celle de la continuité des efforts dans une direction déterminée, celle de saisir les analogies et les différences entre plusieurs faits compliqués, ayant quelques rapports entre eux. L'ensemble de ces qualités développées et perfectionnées par l'exercice de l'art, constitue ce qu'on appelle le tact, le coup-d'œil médical, le sens pratique. J'ajouterai que pour parvenir à posséder ces qualités dans toute leur perfection, il faut un don de la nature, don que tout le moude ne peut avoir, c'est-à-dire, une organisation particulière, une perfection des sens, une sensibilité exquise qui permettent de ressentir plus vivement et plus clairement les impressions du dehors.

A toutes ces difficultés que vous offre l'étude de la médecine, et la nécessité de développer, de perfectionner les qualités qu'elle exige, viendra s'ajouter la noble mais difficile tâche d'acquérir ces perfections morales indispensables à tout homme d'honneur et parfait catholique.

Ces quelques remarques suffiront je crois, pour vous convaincre que vous n'avez pas trop de temps à votre disposition pour acquérir les connaissances qui doivent vous mettre en état de remplir dignement le rôle qui vous est destiné dans la société. Nous unirons nos efforts aux vôtres pour vous faire vaincre tous les obstacles, afin que vous puissiez avoir la satisfaction de dire plus tard, comme nous aujourd'hui, *labor et perseverentia vincunt omnia.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Du traitement thérapeutique des tuberculeux; par le professeur PETER, médecin de la Pitié.—(*Suite*)—L'*arsenic* pris en petite quantité relève l'appétit, stimule la nutrition et augmente l'énergie vital. Cela, je le veux bien, d'autant plus que la chose est classique.

Mais on va plus loin; et voici que l'on prétend que, dans la période ultime de la phthisie pulmonaire avec fièvre hectique,

consomptive, tubercules ramollis ou cavernes, les redoublements fébriles sont atténués, abrégés, suspendus; que la fièvre diminue et cesse à son tour; que si, chose idéale, les sueurs nocturnes, l'érétisme général et l'insomnie suivent la même progression décroissante, l'appétit, les fonctions digestives, la nutrition, se réveillent, la coloration des tissus, l'embonpoint, les forces renaissent, toute la physionomie se transforme. C'est merveilleux! et, ce n'est pas fini, car alors cette reconstitution général rejaillit sur les lésions locales: la toux, l'oppression et l'expectoration se modèrent; les crachats perdent le caractère purulent pour devenir simplement muqueux; tout enfin révèle le travail de réparation qui s'effectue dans les bronches et les cavernes pulmonaires. Qui donc a vu tout cela? Et que ce serait beau, si cela était vrai! L'arsenic serait pour les tuberculeux le spécifique tant désiré.

La vérité, c'est que ce médicament n'agit ni contre la diathèse ni contre son produit. Ce qu'il peut faire, s'il le fait, c'est de stimuler l'assimilation alors qu'elle défaille; et, quand il le fait, c'est un bien.

Il ne faut d'ailleurs nullement considérer l'arsenic comme un médicament innocent; pris indéfiniment, il est toxique et fait maigrir; il conspire alors avec le tubercule. Ne le conseillez donc que quinze à vingt jours par mois, pendant deux ou trois mois, laissant ainsi quinze à vingt jours pour l'élimination.

Il faut le donner par milligramme et de la façon suivante: un, deux ou trois granules d'acide arsénieux à 1 miligramme chacun, matin et soir, ce qui fait 2 à 4 ou 10 milligrammes par jour. Ces granules avaient été déguisés par Trousseau sous le nom de *granules de Dioscoride*, afin de cacher au malade le nom de la substance réputée toxique qui était ainsi administrée (Trousseau avait pris le nom de *Dioscoride* comme étant celui du premier auteur classique qui s'est occupé scientifiquement de l'arsenic); ou bien encore on peut donner l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler par gouttes, dont chacune contient 1 milligramme d'arsenic dans les mêmes proportions que j'ai indiquées tout à l'heure. Cette préparation a également l'avantage de laisser ignorer au malade la nature du médicament qu'il emploie.

La vérité encore, c'est que l'arsenic est un auxiliaire utile contre la diminution ou la perte de l'appétit, et qu'il rend de réels services en ce sens qu'on peut le faire alterner avec le sulfate de quinine contre la fiève tuberculeuse.

On peut employer l'arsenic lui-même, ou les eaux minérales arsenicales, parmi lesquelles le Mont-Dore occupe le premier rang, et à juste titre.

Quant à l'action locale sur les lésions pulmonaires, c'est un leurre ! Je ne vous parlerai donc des cigarettes de datura dont le papier aurait été trempé dans une solution titrée d'arseniate de soude, que vous les déconseiller.

Le professeur Fuster, de Montpellier, en juin 1865, a, dans une communication à l'Académie des sciences, attribué à la viande crue et à la potion alcoolique la propriété d'arrêter les progrès des maladies consomptives.

Pour éviter l'alcool, on peut donner la préparation suivante :

Viande crue (filet).....	℥viij
Amandes douces mondées.....	℥ijss
— amères.....	ʒjss
Sucre blanc.....	℥j

Après avoir pilé le tout dans un mortier on ajoute à ce mélange un jaune d'œuf et du lait de manière à obtenir un véritable lait de poule.

L'*élixir alimentaire Ducro* est une longue macération de la viande dans de l'alcool, convenablement aromatisée par l'écorce d'oranges amères. Cette préparation tient en dissolution toute la matière nutritive ; on peut la donner comme liqueur de table au moment des repas. D'après l'auteur, chaque flacon contient le principe soluble de 400 grammes de viande (℥xiij).

L'*extrait de viande de Liebig* n'a d'autres mérite que de fournir un aliment réparateur sous un petit volume.

On attribue vulgairement aux *limaçons* des propriétés nutritives et des effets curatifs. On a fabriqué des *sirops et des pâtes d'escargots*, qui ont eu une certaine vogue, et c'est tout ce qu'on en peut dire.

Le *vin toni-nutritif de Bugeaud* est une association de cacao et de quinquina que je donne volontiers à la fin du repas aux femmes et aux enfants.

Le *vin de quinquina* me paraît une nécessité médicate dans le traitement général des tuberculeux. Il faut le donner soit au vin de Bordeaux, soit au vin de Malaga, et à doses qui ne soient pas trop considérables ; un verre à bordeaux en deux fois dans le cours de la journée, pris non pas avant le repas, mais dans le cours ou à la fin de celui-ci.

Le *quinquina* est un des médicaments que je conseille le plus fréquemment et le plus utilement dans la tuberculisation pulmonaire. Je le donne à toutes les périodes de celle-ci, comme tonique, comme amer, comme antipyrétique, mais en réalité toujours et surtout comme amer et comme tonique ; le plus habituellement sous forme de vin ; et, chez les personnes dont

l'estomac intolérant pour le vin repousse les préparations alcooliques de quinquina, chez les Espagnoles, les Havanaises, chez les dames, en un mot, qui ont l'habitude de ne boire que de l'eau, je conseille avec succès dans le cours de la journée deux à trois petites tasses de macération de quinquina (de 2 à 4 grammes de poudre de quinquina par tasse à thé d'eau froide macérés pendant une heure), chacune de ces tasses prise pure ou édulcorée avec du sirop de framboise, d'orange ou même d'écorces d'oranges amères. Peut-être cette préparation agit-elle un peu comme antipyrétique, mais elle agit surtout comme stomachique et relève l'appetit languissant.

La médication *sulfitée*, conseillée par Giovanni Polli (de Milan), repose sur une conception hypothétique. L'acide sulfureux aurait la propriété de prévenir et d'arrêter toutes les fermentations des matières végétales et animales et exercerait cette action sur la tuberculisation pulmonaire.

Par suite de l'impossibilité d'administrer l'acide sulfureux en nature, Polli a conseillé de le donner sous la forme de sulfites de soude, de potasse, de magnésie, etc. Suivant cette manière de voir, les sulfites et hyposulfites introduits dans l'organisme passent dans les sécrétions à un état d'oxydation supérieur, les hyposulfites se transforment en sulfites, les sulfites en sulfates.

L'hyposulfite de chaux modifierait la nature des matières expectorées, diminuerait la fièvre hectique et augmenterait la vitalité générale.

Par les *sulfites de magnésie*, Ridolfi dit avoir combattu avec succès de violents accès de fièvre, chez des tuberculeux au troisième degré. Les sulfites prolongeraient la vie des malades en les protégeant contre l'infection constante qu'engendrent les collections de matières purulentes incomplètement expectorées.

La dose d'hyposulfite de chaux doit s'élever progressivement de 3 à 9 grammes, pris en une, deux ou trois fois. On verse cette dose sur la langue et on boit immédiatement après une gorgée de liquide. Je ne suis ici qu'un simple historien. J'aurais fort à faire si je voulais jouer le rôle de critique.

De ce que les tubercules ont, dans certains cas, de la tendance à la transformation crétacée, quelques-uns ont eu l'ingénieuse idée de conseiller l'emploi des phosphates, et en particulier le phosphate de chaux, qui aurait le double effet de provoquer mieux que tout autre sel cette transformation des tubercules et de favoriser la nutrition. J'ignore si le phosphate de chaux peut favoriser la formation de la lymphe plastique et des tissus nouveaux, j'ignore même si les chiens ne sont pas phthisiques parce qu'ils ingèrent beaucoup d'os, mais je sais que les phosphates n'ont jamais fait de bien aux tuberculeux.

Parlerai-je des *hypophosphites?* Ici encore la conception est purement théorique : la diathèse tuberculeuse résulterait de la diminution dans l'économie du phosphore qui s'y trouve à l'état oxygénable, et le remède consisterait dans une préparation de phosphore qui présenterait le double caractère d'être immédiatement oxygénable et de se trouver en même temps à un degré minimum d'oxydation : d'où l'administration de hypophosphites de chaux et de soude.

On a encore proposé contre la phthisie l'usage d'une *poudre salino-calcaire* composée de phosphate de chaux, de carbonate de chaux et de bicabonate de soude.

Un médicament qui rend d'assez réels services est le chlorhydro-phosphate de chaux en solution. L'idée de ce médicament est fondé sur ce fait :

1° Que le phosphate de chaux des aliments, pour être absorbé, se dissout dans l'estomac à la faveur de l'acide chlorhydrique du suc gastrique;

2° Que l'acide chlorhydrique possède, toutes choses égales d'ailleurs, un pouvoir dissolvant plus considérable que les autres acides ;

3° Que l'on peut ainsi obtenir un produit qui, sans être sensiblement acide, contient sous un faible volume beaucoup de phosphate de chaux ;

4° Que l'impossibilité de formuler magistralement l'acide chlorhydrique, doué d'une action spéciale sur l'acte de la digestion, a fait naître la nécessité d'agir sur le phosphate tribasique à l'état naissant et à l'abri de l'air.

Ce sont les mêmes vues théoriques qui on engagé à faire des préparations de lacto-phosphate de chaux et de lacto-hypophosphite de fer calcique.

On a essayé de trouver dans le vin de coca un succédané du vin de quinquina, mais je déclare sincèrement préférer celui-ci.

D'après mon savant collègue M. Lasègue, le salicylate de soude est un apyrétique puissant bien toléré par l'estomac. Il faut, pour obtenir des effets appréciables, donner ce médicament à la dose de 3 à 8 grammes. Dans la phthisie pulmonaire, on obtient ainsi une amélioration rapide de l'état général des malades.

Parmi les moyens internes employés pour combattre les congestions imflammatoires de la tuberculisation pulmonaire et la fièvre symptomatique du processus congestif, on a conseillé le tartre stibué, dont M. Fonssagrives s'est montré, dans ces derniers temps, l'avocat convaincu. Il fait remarquer, d'une part la tolérance prolongée que présentent les malades auxquels on administre l'émétique; d'autre part, la possibilité de cumuler

l'administration de l'émétique avec l'alimentation copieuse et réparatrice; enfin, la propriété qu'a cet médication d'enrayer le développement tuberculeux et de faire passer la phthisie à un état de chronicité apyrétique.

La potion stibiée de 20 à 30 centigrammes par jour, que conseille M. Fonssagrives, doit entraîner de la constipation et non de la diarrhée. On arrive progressivement à abaisser cette dose jusqu'à 5 centigrammes par jour, et le malade peut la continuer pendant des mois entiers; une seule circonstance est susceptible de compromettre cette tolérauce, c'est le défaut d'appétit; mais cette inappétence est exceptionnelle et non imputable traitement.

Cette médication rasorienne n'exclut en rien l'adjonction de moyens accessoires.

Une chose frappe surtout dans l'exposition de M. Fonssagrives, c'est que la forme fébrile de la phthisie, qui semblerait plus spécialement justiciable du contro-stimulisme, la phthisie galopante, est réfractaire dans tous les cas à l'action du tartre stibié; qu'il en est de même de la phthisie acquise, chez des individus primitivement vigoureux, et indemnes de toute tare héréditaire. La phthisie héréditaire classique est le véritable domaine d'action de la médication stibiée; c'est là surtout qu'elle provoque les temps de répit ou de sommeil de la maladie.

Une condition pour que le tartre stibié soit indiqué, c'est qu'il y ait de la fièvre. Le tartre stibié arrête le mouvement fébrile et avec lui ce travail de désorganisation pulmonaire dont la fièvre n'est que le reflet. La phthisie torpide contre-indique le tartre stibié.—Toute bronchite fébrile survenant chez un individu à poumons suspects exige, suivant M. Fonssagrives, la médication rasorienne.—Le passage du premier au deuxième degré de la phthisie est la veritable période d'opportunité pour l'emploi de l'émétique. Lorsque la fièvre hectique de ramollissement existe depuis quelque temps déjà, l'usage énergique et soutenu de l émétique trouve son indication dans la troisième période de la phthisie. On peut encore employer l'émétique lorsque, malgré, des signes stéthoscopiques très prononcés, l'état général n'est pas trop mauvais.

Les contre-indications du tartre stibié sont: la forme granuleuse de la phthisie, l'étendue des lésions pulmonaires, l'existence d'une complication constituant un danger grave (la laryngite ulcéreuse), l'intensité des symptômes de colliquation, des sueurs, de la diarrhée. Il en est encore ainsi lorsque le pouls dépasse 105 à 110; qu'il est ondulant, dépressible, avec peu de chaleur à la peau, de même si la langue est lisse, rouge. —Les sujets faibles, enclins aux syncopes, sont dans de mau-

vaises conditions pour subir cette médication.—La grossesse n'est pas une contre-indication. Une fois la tolérance établie, il n'y a pas lieu de suspendre l'émétique à l'époque de règles.

En résumé, la médication rasorienne par le tartre stibié n'est conseillée par M. Fonssagrives dans aucune des formes les plus graves et les plus fébriles de la phthisie pulmonaire, c'est-à-dire dans celles où l'on est habituellement désarmé et où il serait cependant si utile de combattre la fièvre, élément morbide principal et dominateur. Ainsi, suivant le savant médecin lui-même, cettre médication n'a de puissance ni dans la phthisie aiguë, ni dans la phtisie galopante, ni dans cette forme lamentable de la phthisie chronique fébrile continue qui se complique de laryngite ulcéreuse.

En vérité, dans les formes fébriles de la phthisie pulmonaire, surtout quand la fièvre est l'expression d'un travail phlegmasique circumtuberculeux, je préfère de beaucoup le kermès minéral au tartre stibié. Si, en effet, dans la phlegmasie franche du poumon, disons le mot, dans la fièvre péripneumonique, le contro-stimulisme a raison d'être et le tartre stibié son indication toute symptomatique, toute locale, et en tous cas si peu franche, que provoque dans les poumons la présence des granulations tuberculeuses. Contro-stimuler n'est pas le but ; il ne s'agit pas de déprimer un organisme envahi par une fièvre inflammatoire. Ce qu'il faut, c'est décongestionner un organe localement atteint. De sorte qu'après l'emploi si ration, nel et si efficace des révulsifs locaux, l'auxiliaire le plus utile comme médication interne, est celui qui déprimera le moins. Celui-là, emprunte également aux antimoniaux, c'est le kermès minéral. On peut le donner alors non plus à la dose de 5, et 10 et 15 centigrammes comme expectorant, mais à la dose de 20, 25 et 30 centigrammes comme on le fait dans certaines formes de pneumonie, surtout de pneumonie catarrhale, et à titre de décongestionnant et d'antiphlogistique. Une potion de cettre nature, employée plusieurs jours de suite, est vraiment très avantageuse, soit lorsque la phthisie apyrétique passe brusquement aux type subaigu ou aigu par le fait d'une infiltration tuberculeuse incidente, soit dans la forme infiltrée primitive, avec fièvre concomitante; dans cette forme, en d'autres termes, qu'on a désignée sous le nom de *pneumonie caséeuse ;* soit encore dans la phthisie pulmonaire avec prédominance de catarrhe aigu ou subaigu (phthisie pulmonaire à forme, broncho-pneumonique).

Quant à l'*ipécacuanha,* il peut être utile comme vomitif, dans les cas de brusque congestion pulmonaire et au même tire qu'on l'emploie dans la bronchite capillaire ou le catarrhe suf-

focant. La dose à prescrire est de 1 gramme, $1_g,25$, $1_g,50$ suivant le cas. Le vomitif rend alors de réels services : on n'ose pas assez l'employer. Dans des conditions différentes, c'est-à-dire pour combattre la sécrétion catarrhale trop abondante, l'ipéca peut encore être très utile à la dose alors de 5 à 10 centigrammes dans une matinée, donnés d'emblée ; ou cette dose mélangée à du sirop et prise dans le cours de la matinée ; ou encore sous forme de pastilles d'ipéca, au nombre de trois ou quatre successivement le matin.

Quelques auteurs ont conseillé la *digitale*. J'avoue que je ne m'en sers pas et refuse de m'en servir. Si la digitale, en effet, parvient à diminuer la fréquence du pouls (ce qui, d'ailleurs, est assez rare dans le cas de fièvre tuberculeuse symptomatique), c'est en produisant une dépression que je suis loin de rechercher. Son action, toxique d'ailleurs, est par trop indirecte. Le ralentissement de la circulation, qui est son rôle thérapeutique d'élection, n'est qu'un des côtés (le moins important) du problème à réaliser : car, parce qu'on a diminué la fréquence des battements du cœur, il s'en faut bien qu'on ait réellement attaqué le mal phlegmasique circumtuberculeux qui siège dans les poumons. Les préparations antimoniales, l'ipécacuanha, qui sont incontestablement des médicaments décongestionnants, des médicaments expectorants, me semblent bien mieux agir dans le sens curateur ; combattant le mal primitif, ils diminuent la fréquence du pouls consécutivement, au lieu de diminuer primitivement cette fréquence sans viser la phlegmasie pulmonaire, principe du mal.—(*A suivre*)—*Bulletin Général de Thérapeutidue médicale et chirurgicale.*

—

La diète lactée et la viande crue.—Au lieu d'exagérer les qualités dynamiques et organiques du sang, on cherche parfois à les déprimer, à enlever au liquide toute plasticité. Pour cela, on retranche aux malades tous les aliments solides. Valsalva réduisait les siens à 375 grammes de bouillie par jour, et à l'eau de coing donné dans une certaine mesure. Pouteau allait beaucoup plus loin : il n'accordait rien autre chose que cinq à six litres d'eau pure, à la glace, dans les vingt-quatre heures, et continuait ainsi rigoureusement pendant deux mois. C'est ici un moyen violent et brutal, s'il y en a, d'affaiblir, d'enrayer la reconstitution du sang, et avec elle la nutrition d'un néoplasme ; seulement cette diète liquide sera de préférence applicable à des sujets robustes, chez lesquels la force plastique pêche plutôt par son excès, son exubérance que

par sa lésion ou sa perversion, comme dans les hypertrophies. On sait que Valsalva, avait imaginé cette diète pour l'anévrisme actif du cœur. Mais dès qu'il s'agira d'un néoplasme anormal, ou le vice de la nutrition reconnaît comme condition générale l'abaissement du ton vital, une semblable diète n'aurait plus, croyons-nous, que des inconvénients.

La diète lactée est une autre diète liquide. Ce n'est plus toutefois la *cura famis*, la négation absolue de toute substance nutritive. C'est l'emploi régulier d'un aliment qu'on utilise à plus d'une intention. Très souvent la diathèse aboutit à la lésion de quelque organe, qu'elle tend à détruire, et un moment vient où la fièvre hectique lui aide à précipiter les accidents. C'est dans ces cas, où l'alimentation ordinaire n'est plus de mise, que le lait, coupé d'un tiers d'eau, peut rendre des services réels : on le prend par tasse de deux en deux heures, en augmentant progressivement la dose totale jusqu'à deux et trois litres par jour, et à l'exclusion de tout autre aliment ou boisson, si ce n'est à une époque avancée du traitement, où l'on peut permettre, d'abord du pain et peu à peu les autres aliments. Ce n'est pas cependant à la diathèse que s'adresse proprement cette diète. A moins des cas rares où un excès de ton existe, elle n'aura pas pour effet de ralentir les dégénérations organiques, qu'elle favoriserait plutôt, car on est bien revenu de son emploi banal à toutes les époques de la phthisie, indifféremment.

L'effet qu'elle produit, c'est d'apaiser la vitalité du sang surexcité, de combattre la chaleur excessive et les troubles circulatoires de celui-ci qui constituent la fièvre hectique. Il est pourtant certains cas où la diète qui nous occupe aboutit réellement à modifier la diathèse. L'hydropisie en est le principal exemple. Et il ne faut pas croire qu'elle soit ici utile en modifiant la lésion organique du cœur, du foie ou autre, à laquelle se lie souvent l'hydropisie, pas même en opérant sur les nerfs vaso-moteurs et en facilitant ainsi la circulation capillaire, ainsi que l'insinue M. Pécholier séduit par cette théorie un peu fantaisiste. Ce n'est pas davantage en rétablissant la proportion d'albumine du sang ; c'est plutôt par un effet altérant, c'est-à-dire dynamique, porté sur ce liquide ; c'est en agissant directement comme diurétique. Et voilà pourquoi, bien qu'il convienne de préférence dans l'hydropisie active, le lait n'en finit pas moins par être un véritable moyen empirique, applicable à toutes les sortes d'hydropisie par cause organique ou essentielle, et qui, même dans celles où règnent la faiblesse, l'épuisement, un pouls misérable, alors qu'à tout cela se lie la dilatation des cavités du cœur, n'en doit pas moins

être tenté avec espoir de succès, si les toniques n'ont pas réussi ?

La diète lactée, propice à la fièvre hectique, n'a pas un effet assez restaurant, ne soutient pas assez les forces, pour contenir les progrès de la diathèse, et l'on a récemment entrepris de lui substituer une autre espèce de diète dont notre ami le professeur Fuster a été, en France, le principal instigateur : c'est l'emploi de la *viande crue*. Dans la période avancée de la phthisie ou de toute autre maladie consomptive, car M. Fuster ne fait à cet égord aucune distinction, le malade est souvent miné par une petite fièvre continue qui le conduit rapidement à la mort. Le traitement présente alors un problème réellement insoluble. Etes-vous tenté de restaurer, par les aliments ou les remèdes, l'organisme qui se dissout : vous aggravez la fièvre, vous jetez de l'huile sur le feu. Courez-vous au-devant de la fièvre avec quelques tempérants : vous augmentez le désordre en achevant d'abattre les forces ; il s'agit, avant tout, de relever et de soutenir : c'est alors que la viande crue peut rendre des services qu'on chercherait vainement ailleurs. Elle introduit des éléments non altérés par la coction, et qui, conservant leurs caractères normaux, sont peut-être susceptibles d'être repris sans subir la chance de transformations successives, sans épuiser l'action du système digestif et presque sans fatigue pour lui, car ce régime est souvent l'unique moyen à opposer à la diarrhée qui complique si souvent et si fatalement les états colliquatifs. C'est-à-dire que, par la viande crue, vous remédiez à la double condition d'où découle ici tout le mal : à l'excitation qui nourrit la fièvre et à l'épuisement que celle-ci ne peut qu'aggraver. C'est donc un effet directement reconstituant qui s'accomplit dans le sang, suivant l'opinion bien arrêtée de M. Fuster, qui a bien voulu s'en expliquer avec nous dans nos entretiens familiers. Ce fluide tempéré, rafraîchi par des éléments mieux appropriés, voit tomber son excitation fébrile, peut travailler plus normalement à sa propre élaboration, et, en apportant à l'organe malade des matériaux plus convenables, lui fournit ainsi autant que la chose peut se faire, le moyen de se réparer.

L'alcool qu'on ajoute ordinairement à l'usage de la viande n'a pas, dans la pensée de notre professeur, un mode différent d'action ; il est toujours destiné à faciliter l'hématose. Or ce n'est pas chimiquement qu'un pareil effet pourra être produit, car l'alcool serait plutôt propre à augmenter la carbonisation du sang. Ce n'est pas non plus par son action excitante, qui semblerait tourner au profit de la fièvre ; c'est donc par une influence dynamique spéciale, exercée sur le sang, que l'alcool

compléterait ainsi les résultats de la viande crue, suivant que M. Fuster est très-disposé à le croire. De sorte que l'action directe, l'action vitale sur le sang, voilà où doit aboutir toute espèce de diète.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

—

Le pansement antiseptique en Allemagne et en Angletaire.—Puisque la question du pansement de Lister se trouve en ce moment agitée dans ces colonnes, nous croyons bon de tenir nos lecteurs au courant de la façon selon laquelle il est appliqué, dans quelques cliniques, en Allemagne et en Angleterre. Nous pensons, en conséquence, qu'ils prendront intérêt aux détails suivants, que nous relevons, *passim*, dans un livre qui vient d'être mis en vente par la librairie Adr. Delahaye.

Le pansement antiseptique dans le service du prof. Von LANGENBEK, de Berlin.—Les instruments, au lieu d'être disposés, selon l'usage, à nu sur une table, trempent tous dans une solution d'acide phénique (2 1/2 à 50/0). On ne les en retire que un à un, au moment du besoin,

La même solution est aussi employée en irrigations avant et après l'opération.

Les pulvérisations phéniquées sont rarement mises en usage pendant l'opération. L'acide phénique offre, en effet, le grand désavantage de durcir l'épiderme et de rendre les doigts de l'opérateur presqu'insensibles.

On peut également reprocher à l'acide phénique de produire un érythème assez étendu tout autour de la plaie, avec desquamation épidermique.

On sait enfin que chez les enfants, l'acide phénique, appliqué sur une plaie, détermine trés-rapidement des phénomènes d'intoxication générale, intoxication aussitôt décélée par la couleur noire des urines.

C'est en raison de ces inconvénients que cet agent est souvent remplacé dans les pansements, par un antiseptique non moins puissant, l'acide salicylique, qui s'emploie selon le même mode (0,30 pour 100 gr. d'eau).

Nous reviendrons bientôt sur ce mode de pansement aseptic-ique, proposé par le prof. Thiersch, de Leipzig.

Le pansement antiseptique dans le service de M. BŒCKEL de Strasbourg.—La méthode de Lister est ici appliquée rigoureusement, sauf quelques différences dans les pièces de pansement.

Sa tarlatane, au lieu d'être trempée dans une solution phéniquée, est imbibée dans un mélange composé de paraffine, de résine et d'acide phénique. Ce tissu est sec, et, partant, il absorbe mieux les liquide des plaies. Il est appliqué directement sur *Lister's silk* (soie) *protective*, qui lui-même n'est nullement phéniqué, comme le croient beaucoup de praticiens.

Pour rendre l'appareil le moins perméable possible à l'air, on a également recours à un agent particulier. Mais on ne fait pas usage du makintosk, dont le prix est trop élevé. On emploie une simple feuille de *papier huilé* interposée également entre les nombreux doubles de tarlatane phéniquée.

Au lieu de la gaze antiseptique employée par le chirurgien écossais, M. Bœckel utilise la vulgaire tarlatane, qui est aussi bonne et beaucoup moins coûteuse.

Le meilleur moyen de propager la méthode antiseptique, dit le professeur, c'est de la rendre le meilleur marché possible.

On verra bientôt que tel a été également l'objectif que se sont efforcés de réaliser MM. Volkmann et Billroth.

Le pansement antiseptique dans le service de M. Volkmann, de Halle.—Ce chirurgien a apporté quelques modifications tendant à rendre le pansement antiseptique moins coûteux et plus facilement applicable.

Au lieu des bandes phéniquées de Lister, le chirurgien de Halle se sert de bandes de toile fine, qu'il trempe simplement toutes roulées, et au moment de s'en servir, dans une solution d'acide carbolique à 3 0/0. Ces bandes sont toujours *neuves*, ainsi que toutes les autres pièces de pansement. Cette solution sert pour tous les pansements successifs. Pour effectuer le premier lavage, la solution est préparée au maximum (5 0/0). Grâce à cette dilution étendue, on n'observe jamais cet érythème des plaies, que produit si souvent une solution plus concentrée. Le mackintosk de Lister est remplacé par une feuille de gutta-percha, lavée avec une éponge phéniquée, au moment de son application.

Les précautions les plus minutieuses sont prises à chaque pansement, pour qu'aucune infection ne soit possible. Les mains du chirurgien ou de ses aides sont préalablement lavées et trempées dans la solution phéniquée. A chaque nouvelle opération, le professeur met un habit fraîchement lavé. La région à opérer est nettoyée au savon, rasée, puis lavée de nouveau à l'eau phéniquée.

Pour le reste, le pansement de Lister est appliqué dans toute sa rigueur.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

Emploi du protoxyde d'azote dans les opérations chirurgicales.—Tout le monde connaît l'usage que les dentistes font du protoxyde d'azote pour anesthésier leurs patients. Ils emploient le protoxyde d'azote chimiquement pur. Les chirurgiens américains ont aussi essayé le protoxyde d'azote pour les grandes opérations; mais comme on est obligé de suspendre souvent les inhalations du gaz pour éviter tout danger d'asphyxie, et comme la sensibilité reparaît aussitôt qu'on retire de la bouche du malade le sac à inhalation, il en résulte que l'opération ne peut pas se faire d'une manière continue.

M. Paul Bert, qui s'occupe avec persévérance des moyens d'obtenir une anesthésie chirurgicale efficace et inoffensive, a cherché à substituer au protoxyde d'azole et d'oxygène sous pression. Le mélange employé comprend 85 parties de protoxide d'azote et 15 parties d'oxygène : un oiseau peut vivre 48 heures dans ce mélange.

Une première opération d'ongle incarné a été faite par M. Léon Labbé, à l'aide du protoxyde d'azote mélangé, dans l'une des grandes cloches d'air comprimé de l'établissement de la rue Malherbes à Paris. M. Paul Bert assistait à l'opération. M. Preterre administrait ce protoxyde d'azote. La pression dans la chambre fut portée à 18 centimètres. La malade, une jeune fille de 20 ans, s'endormit facilement sans passer par aucune phase d'excitation ; elle ne présenta que quelques phénomènes passagers de contracture. M. Labbé extirpa l'ongle malade sans que la patiente fit aucun mouvement. Celle ci se réveilla presque aussitôt après qu'on eût ôté la muselière au protoxyde d'azote ; loin d'être déprimée, elle put marcher immédiatement, et demanda à manger.

La tension du gaz employé sous la pression de 17 centimètres était égale à 194, c'est-à-dire qu'elle était un peu supérieure à la tension à l'air libre du protoxyde d'azote pur.—(*Progrès méd.*)

Voilà qui est bien. Il ne manque plus à tous les chiiurgiens qu'une cloche à pression ! Mais ne l'oublions pas : nous n'en sommes encore qu'à la période d'essai. Faisons des vœux pour le prompt perfectionnement d'un mode d'anesthésie qui semble s'annoncer comme présentant une plus grande somme de garanties d'innocuité que les autres modes employés jusqu'à ce jour !—*Revue de Thér. Méd.-Chir.*

—

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

—

Quelques conseils pour faciliter les manœuvres de l'extraction.—Je n'entrerai pas dans de bien longs détails sur une pratique qu'on trouve clairement exposée dans tous les auteurs. Beaucoup plus restreint, le but que je me propose en ce moment se borne à donner à mes confrères quelques conseils fruits de ma propre expérience, conseils tendant à simplifier, dans les mesures du possible, les manœuvres souvent si laborieuses de l'une des plus scabreuses opérations de l'obstétrique.

Duand il y a lieu de procéder à la pratique de la grande version, la première chose à faire, c'est de déterminer exactement l'attitude général de l'enfant. Cette distinction, que je ne vois nulle part établie, est très-importante, car elle permet à l'accoucheur d'ailler droit au but en évitant de fausses manœuvres, toujours fatigantes pour qui les effectue, et plus ou moins douloureuses, sinon dangereuses, pour la patiente.

Le mode de faire, en effet, diffère essentiellement, en raison de la position qu'affecte le produit au sein de l'utérus. Quelques mots me permettront de bien me faire comprendre.

L'objectif de l'accoucheur, est d'arriver aux membres pelviens par la voie la plus directe.

Or, ces organes sont situés soit dans l'aire antérieure, soit dans l'aire postérieuse de la matrice. Dans le premier cas, c'est en se rapprochant le plus possible des parois abdominales que la main doit aller à leur recherche. Dans le second, c'est vers la religion vertébrale de la mère que l'homme de l'art droit les allez chercher.

Or, il suffit de déterminer la direction du dos de l'enfant, pour savoir de quel côté il convient de diriger la main pour rencontrer les genoux ou les pieds.

Quand le dos du produit est dirigé du côté des parois abdominales de la mère, (*position dorso-antéricure*), c'est dans une telle direction que la main, sans coup férir, doit être introduite.

Le plan postérieur de l'enfant correspond-il à l'hémicycle postérieur du pelvis (*position dorso postéricure*) ? C'est vers ces mêmes parties postérieures de l'organe gestateur que la main droit être engagée.

Cette détermination est de la plus grande importance, car elle permet d'assigner tout d'abord à la femme l'attitude la plus convenable pour la rapide exécution de manœuvres de l'extraction.

De ces considérations découlent les deux règles suivantes :

Dans les positions dorsales antérieures de l'enfant, attitude dorsale ou classique *de la parturiente.*

Dans les positions dorsales postérieures attitude pelvi-thoracique, ou *a retro*, comme je l'ai dit souvent : *siége en haut, tête en bas* de la mère.

Occupons-nous d'abord des cas les plus communs, de ceux où le dos de l'enfant est dirigé en avant, des *positions dorso-antérieures de l'enfant*

Un simple conseil sur la *meilleure position à assigner à la patiente.*

On a, généralement, une très-mauvaise habitude ; c'est de mettre tout simplement la femme en travers de sa couche.

Presqu'invariablement cette couche se trouve trop basse par rapport à l'opérateur. Il en résulte, pour ce dernier, une grande gêne et une fatigue extrême. Il doit souvent mettre le genou sur le parquet. De là de faux mouvements et un surcroit de dépense de force complètement inutile. Que de courbatures, que d'insuccès ne reconnaissent pas d'autre cause !

Les mêmes remarques sont de tous points applicables aux application de forceps.

En matière d'obstétrique opératoire, en général, la prémière condition pour qu'une opération n'occasionne pas trop de fatigue et qu'elle soit bien conduite, c'est que l'homme de l'art se mettre bien à l'aise.

Toutes les fois donc que c'est aux bras que l'action doit être dévolue, *le premier soin de l'accoucheur doit être de relever le bassin de l oppérée de telle sorte, que les organes maternels se trouvent à la hauteur de sa poitrine.*

J'ai vu, nombre de fois, je le répête, les manœuvres de la version, de l'extraction à l'aide du forceps, devenues très-laborieuses, et même échouer complètement par la seule raison que le bassin de la mère avait été insuffisamment élevé.

Le *choix de la main* est d'une importance extrême.

Dans toute version, qu'il s'agisse d'une présentation transversale du tronc, d'une présentation céphalique, *la main de l'opérateur doit être conduite selon le plan antérieur de l'enfant.* C'est la voie qui conduit le plus directement aux extrémités pelviennes ; c'est selon ce même plan que l'organe de préhension trouve le plus de place pour son passage C'est, enfin, le mode de pelotonnement le moins dangereux pour l'enfant, puisqu'il s'effectue selon le sens de la flexion.

Reste à déterminer la direction générale du plan antérieur du produit.

S'il s'agit d'une présentation de l'épaule, on doit soigneuse-

ment chercher les points de repère, pour bien apprécier la situation du tronc. Si l'on n'y parvient pas sûrement, il est d'une bonne pratique, quant faire se peut, d'extraire le bras situé à portée.

Une telle pratique présente un double avantage.

L'examen de la main permet aisément de déterminer la situation du plan antérieur du produit. Le membre antérieur une fois sorti, on jette un lacs sur le poignet et on est certain de ne plus avoir à compter avec le dégagement ultime du bras.

Quand à la main, il suffit, ainsi que je le disais à l'instant, de l'examiner, pour éviter toute chance d'erreur. *La direction de la paume de cet organe indique celle du plan anterieur du corps de l'enfant.*

La règle à suivre est bien simple: *Pour pratiquer le plus aisément la version l'accoucheur droit faire choix de la main dont la face palmaire répond le plus naturellement a la face palmaire de la main de l'enfant.*

Exemples:

Issue du bras droit: face palmaire dirigée vers le plan postérieur ou postéro-latéral droit de la mère. Position dorso-antérieure. C'est la main gauche de l'accoucheur qui s'applique le plus naturellement, par sa face palmaire contre la face palmaire de la main de l'enfant. Il faut faire choix de la main gauche.

Issue du bras droit: face palmaire en avant et à gauche. Si l'accoucheur applique la main, paume contre paume, dans celle de l'enfant, comme s'il lui donnait une *poignée de main*, c'est la droite qui s'y pose le plus naturellement. C'est cette même main droite qui, correspondant au plan antérieur de l'enfant, arrive le plus aisément aux membres inférieurs.

Issue du bras gauche: face palmaire en arrière et à droite. C'est la main gauche de l'opérateur qui s'applique le plus naturellement, par sa paume, sur la face palmaire de la main de l'enfant, Choix de la main gauche.

Issue du bras droit: face palmaire en arrière et à droit. C'est la main droite de l'accoucheur qui s'applique le plus naturellement sur celles de l'enfant. Choix de la main droite.

Dans les présentations du vertex j'ai eu maintes fois l'occasion de signaler un mode très-simple de fixer le choix de la *bonne main.* Il suffit, pour faire ce choix, de tenir compte de la position de l'occipital. C'est la main qui s'applique le plus naturellement à l'opposite, c'est-à-dire qui correspond à la face, qui conduit sur ce plan antérieur de l'enfant.

Ainsi :

OIGA : main gauche.

OIDA, main droite.

OIGH, main gauche.

OIDP, main droite.

Au risque de me répéter, je crois bon de résumer en quelques mots les règles concernant le choix de la main, pour pratiquer la version dans l'atitude dorsale, ou classique de la mère.

PRÉSENTATIONS TRANSVERSALES DU FŒTUS.—*Engager la main donc la face palmaire correspond au plan antérieur de l'enfant.*

ISSUE DU BRAS.—*Faire choix de la main qui, par sa face palmaire, s'applique le plus naturellement contre la face palmaire de la main prolabée de l'enfant.*

PRÉSENTATIONS CÉPHALIQUES.—*Faire choix de la main homologue au côté du bassin vers lequel est dirigé l'acciput de l'enfant.*

Passons actuellement aux *positions dorso-postérieures.*

Un certain nombre de fois je me suis trouvé en présence de ces cas particuliers qui, trop souvent, donnent beaucoup de tablature aux accoucheurs.

Je dis le plus souvent, car dans les conditions ordinaires, en dehors des complications, la manœuvre de l'extraction peut être heureusement conduite, la femme étant posée dans l'attitude classique ou dorsale. Les remarques qui vont suivre sont surtout applicable à la dystocie.

Le hasard, je puis le dire, un jour, il y a de cela tantôt vingt ans, m'a heureusement inspiré dans une de ces circonstances des plus épineuses.

Après avoir sué sang et eau, ainsi que le confrères qui m'avait appelé en aide, l'idée me vint de mettre la patiente sur les genoux et sur l'épaule. L'accouchement *a tergo, more ferarum*, dans les dorso-postérieures, était trouvé et érigé pour moi en principe.

Je n'insisterai pas sur les applications de ce mode opératoire, sur le compte duquel j'ai, à diverses reprises, attiré l'entention des lecteurs de la *Revue*. Ils feront bien de le noter dans leurs souvenirs. Qu'il me suffise de leur rappeler que je lui ai dû quelques succès, dans des cas ou des praticiens exercés avaient échoué en ayant recours au mode classique, dont, je dois le faire observer, ne se départissent guère les maîtres de l'art eux-mêmes.

Ne voyais-je pas, ces temps derniers, relatée, dans une de nos feuilles périodiques, une observation dans laquelle un de nos plus éminents accoucheurs n'a pu parvenir à effectuer la la version dans un cas de présentations dorso-postérieure ? Heu-

reusement pour la patiente, l'enfant s'est trouvé macéré. Le lendemain, l'extraction a pu être obtenue en double, au moyen des crochets...

Quelques mots encore sur la pratique de l'accouchemen *à tergo.*

Jusqu'ici, je l'ai toujours effectué au moyen de la main droite. Posée en travers de sa couche, *siège en haut*, *tête en bas*, la vulve correspondant au bord du lit, la malade a à peine besoin d'être maintenue dans cette attitude, durant le cours des manœuvres. La main de l'accoucheur, plongeant de haut en bas, parvient presque sans efforts, dans les parties déclives de l'utérus, où se trouvent les pieds.

Une dernière remarque à ce propos.

En dehors d'indications spéciales, il n'est pas dans mes habitudes de placer d'emblée la patiente dans une attitdde qui, pour me servir d'une expression trés-juste emprunté au langage britannique, présente réellement quelque chose de *shocking.*

Je fais d'abord une tentative selon le mode consacré par l'usage. Si je rencontre une grande difficulté, je profite de la présence de ma main au sein de l'utérus pour bien me rendre compte de la situation. Mon plan une fois arrêté, je fais comprendre à la malade et à son entourage la nécessité d'une posture destinée à rendre plus facile la manœuvre de l'extraction. Quelle qu'étrange que puisse paraître une position aussi insolite, je dois dire qu'en raison de la gravité des circonstances, je n'ai jamais, jusqu'ici, rencontré dans les familles aucune difficulté pour la faire accepter.

Je me suis efforcé, dans cette rapide esquisse, de tracer les règles de l'art. Est-ce à dire que les plus habiles puissent se faire forts de les suivre de tous points ? J'avoue en toute humilité que, pour mon compte, je n'oserais constamment, m'en flatter. On fait comme l'on peut et toujours pour le mieux. Trop souvent, en dépi de la meilleure volonté, du meilleure sens pratique, on commet encore de fausses manœuvres, dont on ne s'aperçoit qu'à *postériori.* Fort heureusement, la voie la plus directe n'est pas la seule qui conduise au but. Assurément, ce ne saurait être là une justification ; mais, au moins, c'est une consolatation en matière d'obstétrique. L'erreur est si facile ! Est-il une branche de notre art à laquelle soient, en effet, plus justement appllicables ces graves paroles du père de la médecine :

Ars longa ; experientia fallax ; judicium difficile.....

—*Revue de Therapeutique médico-chirurgicale.*

—

Emploi du spéculum pour aider au diagnostic pendant l'accouchement.—Le médecin n'est pas toujours présent d'une façon continue à un accoucnement ; souvent même il n'est appelé qu'au dernier moment, par une sage-femme lorsque les choses traînent en longueur, ou qu'elle se trouve embarrassée. Une des questions qu'il est quelquefois difficile de résoudre à l'aide seul des renseignements fournis, c'est de savoir si la poche des eaux est percée. Rien n'est, en effet, plus irrégulier que la quantité de liquide amniotique qui s'écoule avant l'accouchement ; la femme, surtout si elle est primipare, peut facilement confondre les pertes de glaires vaginales ou même celles d'urine avec la rupture de la poche des eaux.

Tous les médecins savent que souvent les femmes croient avoir simplement uriné sans le vouloir, au moment de la rupture de l'œuf.

Le procédé classique de diagnostic, par le toucher, ne donne souvent que des indications vagues et incomplètes. Si l'on touche au milieu d'une douleur, les eaux doivent bomber si la poche est intacte ; on doit au contraire sentir une membrane plissée formée par la peau de la tête de l'enfant, si elle est percée. Or, il peut arriver, ou qu'il y ait fort peu d'eau et que la tête soit appliquée presque exactement sur les membranes, ou qu'il y ait une bosse sanguine qui donne la sensation du bombement de la poche. L'accoucheur alors s'escrime inutilement avec son ongle, un cure-dent, un morceau de bois taillé en forme de pointe, etc. Cela n'a guère d'inconvénient réel, tout au plus érode-t-on un peu la peau du crâne de l'enfant, mais c'est en somme inutile, et peut nuire à la réputation du médecin aux yeux de la famille.

Il y a aussi, dans certains cas, un intérêt majeur à savoir si les eaux sont percées, soit pour intervenir activement, par le forceps par exemple, s'il y a déjà longtemps que cet écoulement a eu lieu, soit au contraire pour attendre si la poche est intacte. Un des moyens les plus simples, qui nous a parfaitement réussi et que nous ne trouvons pas cité dans nos livres classiques, bien qu'il ait dû venir à l'idée de plus d'un praticien, c'est tout simplement l'emploi du *spéculum*.

Lorsque le travail est assez avancée, en effet, pour qu'il y ait intérêt à percer la poche des eaux, il est facile de s'assurer *de visu*, en appliquant l'instrument, de la partie qui se présente. Si les membranes sont rompues, il est très-facile de distinguer les cheveux de l'enfant ; la seule précaution à prendre quelquefois, c'est d'absterger, au moyen d'un peu de ouate, les glaires vaginales qui peuvent gêner le diagnostic. Si les mem-

branes n'étaient pas rompues, on en constaterait l'aspect blanc et lisse ; on serait aussi exposé à recevoir en pleine figure une douche peu agréable contre laquelle on fera bien de se prémunir.

—Un moyen beaucoup plus simple et plus pratique de constater le *décoiffement* de la tête, c'est de saisir, entre deux doigts, une pincée de cheveux.—(*Le Prat.*)—*Revue de Thér. Méd.-Chir.*

TOXICOLOGIE.

—

Nouveau procédé pour la recherche des principaux poisons métalliques.—Par le Dr Francisco-Ferreira d'Abreu.—Nous avons la bonne fortune de pouvoir donner la préface et de longs extraits de l'intéressant mémoire présenté sous ce titre à l'Académie des sciences (1848), par le Dr F.-F. d'Abreu, aujourd'hui baron de Thérésopolis. Malgré sa date un peu éloignée, la discription de ce procécé présente toujours une actualité réelle, parce que, depuis cette époque, peu de progrès ou de perfectionnement ont été réalisés dans ce genre de recherches.

" La question d'empoisonnement, posée à l'égard d'une substance indéterminée, est sans contredit l'un des points les plus complexes et les plus difficiles de la médecine légale. Les problèmes médico-chimiques, si compliqués déjà lorsqu'il s'agit à peine de constater l'existence d'un poison déterminé dans une matière suspecte, et *c'est heureusement le cas ordinaire*, deviennent bien autrement difficiles lorsque l'expert est appelé à se prononcer sur l'existence d'une intoxication qu'on soupçonne à peine, et à démontrer la présence d'un toxique sur la nature duquel la justice manque de toute présomption.

" Les procédés chimiques les plus sensibles ne pouvant suffire complètement à leur solution, il est indispensable que l'expert sache tirer parti d'autres éléments de conviction non moins précieux. Je veux parler des symptômes que le malade éprouve ou a éprouvés pendant la vie, et des lésions anatomo-pathologiques retrouvées cheuz l'individu après la mort.

" L'étude approfondie de la marche et des symptômes des affections diverses qui comme *l'ileus nerveux, l'ileus symptomatique d'un étranglement interne, l'entéro-colite cholériforme, le choléra asiatique, etc.*, peuvent, jusqu'à un certain point, simuler un empoisonnemeut ; l'habitude d'observer les malades aux

diverses époques de l'intoxication, et les données acquises par des expériences répétées sur les animaux, mettent l'expert à même d'élever dans *beaucoup de circonstances*, de fortes présomptions d'empoisonnement en éloignant l'idée d'une maladie spontanée.

Néanmoins, il n'est permis d'affirmer qu'il y a eu réellement empoisonnement, qu'autant que l'existence du toxique à été irrévocablement mise hors de toute par l'analyse chimique ou par la détermination des caractères propres à le distinguer.

" L'examen approfondi des symptômes éprouvés pendant la vie, des circonstances de leur invasion et des altérations organopathologiques que l'autopsie nous fait connaître, nous mettent en outre trés-souvent sur la voie de la détermination de la classe du poison qu'on cherche et dont ou ignore la nature. Malheureusement les pnénomènes produits par l'ingestion d'un poison donné ne sont pas toujours caractéristiques de la classe à laquelle il appartient Il en est de même des lésions anatomiques, qui ne sont pas toujours également fidèles. Donc, sans oublier toute l'importance du rôle que peuvent jouer ces deux élémentsdans la solution du problème qui nous occupe, n'en exagérons pas l'importance, et avouons que ceux qui prétendent pouvoir résoudre toutes les questions d'empoisonnement d'après les indication symptommaiques ongrandement tort.

" Appelé à constater l'existence d'un empoisonnement, et à démontrer la présence d'un toxique dont on ignore complétement la nature, l'expert doit commencer par s'enquérir très-minutieusement de toutes les circonstances de l'accident, et après avoir noté, avec tout le soin que comporte la gravité de pareilles questions, les symptômes éprouvés par le malade, et, en cas de mort, l'état des différents organes (particulièrement l'appareil gastro-intestinal) ; puis, il examinera à l'œil nu, ou mieux à la loupe, les vomissement et les selles, les substances contenues dans l'appareil digestif, et toute la surface de celui-ci.

" De cette manière, on arrive parfois à apercevoir, entre les replis de la muqueuse ou milieu des matières rendues ou trouvées dans l'estomac, des parcelles d'un poison solide qu'on enlève facilement au moyen d'une petite pince, et dont il est alors aisé de déterminer la nature.

" S'il y a des liquides dans l'estomac, on constaste leur acidité ou leur alcalinité à l'aide des réactifs, et l'on peut ainsi se mettre sur la voie de la recherche d'un poison alcalin (baryte, soude, potasse), d'un sel acide ou d'un acide (oxalique, azotique, phosphorique, etc.).

" L'odeur exhalée par la matière suspecte peut de son côté nous fournir des indications précieucses, parfois tout à fait

caractéristiques. Il peut également se faire que les matières suspectes dans lesquelles on n'a pu reconnaître un poison solide par l'examen à la loupe, et qui n'ont rien laissé déposer par le repos, alors qu'elles sont soumises à des lavages ou à l'ébullition dans l'eau, nous livrent en dissolution un toxique soluble dans ce liquide, et qui devient ainsi facilement raconnaissable.

" Nous n'insisterons pas davantage sur cet examen physique des matières suspectes, qui peut rendre infiniment facile la détermination de la nature du poison, mais en supposant que toutes ces recherches aient été infructueuses, nous passons de suite au cas le plus difficile du problème, celui dans lequel le poison ne peut être enlevé qu'à l'aide d'un dissolvant approprié, ou à la condition qu'on détruise préalablement les matières organiques qui en masquent la présence. Dans son article sur l'empoisonnement en général. Orfila termine en ces termes : " Si malgré toutes ces opération on n'était pas parvenu à découvrir la substance vénéneuse, on partagerait les tissus restants en deux parties, dont l'une serait traitée par un courant de chlore gazeux, dans le dessein de découvrir une préparation arsénicale, et l'autre serait carbonisée par l'acide azotique mêlé d'un quinzième de chlorate de potasse afin d'obtenir les métaux autres que l'arsenic."

" Nous nous permettrons de nous écarter des idées de notre savant professeur, en ce qui concerne la dernière partie be son procédé, celle qu'il propose pour déceler la présence des poisons métalliques. Au lieu de recourir successivement à l'emploi de l'acide chlorhydrique ou chlore gazeux, et enfin de l'acide azotique mélé de 1/15 de chlorate potassique, nous pensons qu'il serait *bien plus simple et peut-être même plus sur* d'employer de suite un procédé pouvant servir *à lui seul* à faire reconnaître la présence de l'arsenic et des autres poisons métalliques.

" Nous croyons que, dans les cas difficiles, il faut déviser la matière suspecte en deux parties dont l'une sera traitée, comme il a été dit à la 1re parties du *procéde* d'Orfila, et l'autre, celle qui doit *nous éclairer sur l'existence des poisons métalliques*, sera détruite par le procédé que nous ferons bientôt connaître.

" D'ailleurs, si l'on veut bien se rappeler que les substances le plus généralement employées, pour empoisonner ou pour s'empoisonnner, sont précisément celles qu'on trouverait aisé en suivant notre méthode, on comprendra sans peine pourquoi nous insistons sur l'adoption d'un procédé unique pour la recherche des poisons métalliques. Nous trouvons la confirmation de ce ce fait dans les relevés enregistrés par Chevallier et Bois-de-Loury. Pour une période de sept années (1825 à

1832) sur 84 empoissnnés, ils en ont trouvé 54 par l'acide arsénieux ; 3 par la poudre de mort-aux-mouches (oxyde noir d'arsenic) ; 1 par le sulfure d'arsenic ; 7 par le vert de gris ; 5 par le sublimé corrosif ; 1 par l'onguent mercuriel ; 1 par l'émétique ; 1 par l'acétate de plomb ; 1 par la céruse (carbonate de plomb) ; 1 par le sulfate de zinc ; 2 par l'acide azotique ; 1 par l'acide sulfurique ; 4 par la noix vomique ; 1 par l'opium ; 5 par les cantharides.

" Cela posé, passons à la description du procédé et aux détails relatifs à la recherche chimique des principaux poisons métalliques. "

" Avec des ciseaux bien propres, on divise en très-petits morceaux la matière suspecte qu'il s'agit d'analyser ; on en prend un poids connu (200 grammes au plus) et on l'introduit dans un ballon de litres avec la moitié de son poids d'acide chlorhydrique pur et fumant.

" Au col du ballon est adapté un bouchon percé de deux trous dont l'un (V. fig. I) reçoit un tube droit (55 cent. de longueur, 1 cent. de diamètre intérieur) plongeant dans l'acide. De l'autre ouverture part un tube recourbé à angle droit dont la branche verticale plonge dans l'eau distillée contenue dans une éprouvette.

" Les choses étant ainsi disposées, on place le ballon sur un bain de sable et l'éprouvette dans l'eau froide qu'on changera de temps à autre : on maintient le sable à une température voisine du point d'ébullition du liquide, sans l'atteindre, en agitant le ballon de temps en temps et pendant 4 heures au moins.

" Les fragments de matière organique se délaient peu à peu dans l'acide chlorhydrique, et finissent par constituer avec lui un liquide dense, homogène et plus ou mois foncé.

" On retire alors le bain de sable, et l'on met le ballon sur un feu nu, pour faire bouillir le liquide pendant 2 ou 3 minutes; cela fait, on commence à introduire peu à peu les cristaux de chlorate potassique par le gros tube, en ayant soin d'agiter le ballon continuellement, et jusqu'à ce qu'on en ait mis 16 ou 18 grammes pour chaque cent grammes de matière suspecte employée.

" Il y a une réaction des plus vives et un dégagement abondant de gaz chlorés ; le liquide s'éclaircit de plus en plus, et devient complétement limpide, et d'un jaune dont l'intensité très-variable dans ses nuances paraît dépendre surtout du grand excès de chlore qui reste en dissolution. Aussi, non-seulement le liquide du ballon, mais l'eau de l'éprouvette, offrent-ils au plus haut dégré l'odeur caractéristique du chlore. Le liquide du ballon offre alors, surnageant à la surface, de petits frag-

ments de charbon et d'une matière résinoïde qui, peu abondante dans les recherches sur le sang, augmente considérablement quand on traite les tissus du foie et d'autres organes parenchymateux.

" On laisse refroidir l'appareil, on filtre la liqueur du ballon sur du papier Berzélius, et on la mélange à l'eau de l'éprouvette et à celle dont on s'est servi pour laver les résidues déposés sur le filtre.

" On fait passer un courant d'hydrogène sulfuré bien lavé à travers tout le liquide (pendant une heure au plus) et on l'abandonne ensuite jusqu'au lendemain dans un flacon bouché. Dans tous les cas il se forme un précipité plus ou moins abondant, dans lequel on doit chercher tous les métaux précipitables par l'acide sulfhydrique au sein d'une liqueur acide. Ce précipité peut néanmoins ne contenir que du soufre et un peu de matière organique dont on se débarasse de la manière suivante :

" On jette le précipité sur un filtre sans plis, on le lave à l'eau distillée, et on le met dans un petit ballon avec son poids d'acide chlorhydrique pur et fumant, qu'on fait bouillir et auquel on ajoute quelques paillettes de chlorate potassique; quand la réaction est terminée, on ajoute un peu d'eau distillée, et on chauffe avec beaucoup de précaution pour chasser tout le chlore libre qu'il pourrait y avoir. On filtre de nouveau sur du papier Berzélius, et on a ainsi un liquide très-limpide, à peine coloré en jaune. C'est dans ce liquide qu'on doit retrouver l'arsenic, l'antimoine, le mercure, le cuivre, le blomb, l'étain, le bismuth, etc., si la matière suspecte en conténait.

" Quand au zinc, comme il n'est pas précipitable par l'hydrogène sulfuré au milieu d'une liqueur acide, il faut le chercher dans le liquide obtenu par filtration après l'action du sulfide hydrique. L'argent ne pouvant se trouver qu'à l'état de chlorure insoluble, il faut le chercher des les résidus de la première filtration."

Dans le second chapitre de son mémoire, M. d'Abreu donne des détails circonstanciés sur les applications pratiques de son procédé. Pour la recherche simultanée de l'arsenic et de l'antimoine, il a recours à l'appareil de March modifié par l'Académie des sciences.

Personne n'ignore aujourdhui que toute la théorie de l'appareil de Marsh est essentiellement fondée sur la propriété que possède l'hydrogène naissant de se combiner avec l'arsenic pour constituer un gaz incolore, d'une odeur désagréable et fortement aliacée—l'*hydrogène arsénié* $As\ H_3$, lequel, sous l'influence de la chaleur, se dédouble en hydrogène et arsenic, qui se régénère avec toutes ses propriétés physiques et chimiques.

La planche ci-contre représante, à la figure 2, l'appareil imaginé par le chimiste anglais, en 1836.

La figure 3 représente l'appareil dont se servait Orfila dans ses recherches médico-légales.

L'appareil de Marsh employé par Christison d'Edimbourg est figuré au nº 4.

Flandin et Danger ont imaginé un appareil particulier, dans lequel on peut recueillir sans rien perdre tous les éroduits de la combustion de l'hydrogène arseniqué dégagé d'un flacon de Marsh. Fig. 5.

En 1841, Régnault, rapporteur d'une commission de l'Académie des siences chargée d'examiner plusieurs mémoires concernant l'emploi du procédé de Marsh, a donné la préférence à la modification proposée par Kœppelin et Kampmann (fig. 6). Toutefois Regnault, en ajoutant de nouvelles modifications, a donné encore plus de précision à l'appareil dit de l'Académie des sciences, représenté par fig. 7.

Le savant auteur consacre plusieurs pages à l'étude des caractéres de l'anneau arsenical et des taches arsenicales, en démontrant la nécessité d'avoir des réactifs de la plus grande pureté. (Moyens d'obtenir la purification de zinc et de l'acide sulfurique.)

Pour la recherche du mercure, il reconnaît que l'appareil de Flandin et Danger (fig. 8) est plus sensible que la pile de James Smithson ; toutefois il donne la préférence à *la lame du cuivre* qui est à la portée de tout le monde et qui remplit parfaitement le même but.

Le paragraphe relatif à la recherche du cuivre débute par la question de savoir si le sang, les organes de l'homme et certaines matières alimentaires peuvent en contenir naturellement.

Pour ne parler que des auteurs modernes, Devergie et Hervy, Orfila, Millon ont non-seulement admis l'existence *constante* du cuivre dans le corps de l'homme, mais ils ont établi des procédés propres à en déterminer les proportions.

D'autre part, Christison, Flandin et Danger, Melsens contestent l'existence *normale* du cuivre et du plomb l'économie animale.

"Suivant nous, ajoute-t-il, les deux opinions opposées sont également exagérées; il n'y a pas de cuivre *normal* si l'on entend par là une portion de ce métal existant invariablement dans l'économie, augmentant avec l'âge (Devergie) en constituant par ces proportions dans le sang une condition physiologique, une nouvelle espèce de chlose " (Millon)."

" ..... Il reste bien établi pour nous comme pour Pelouze,

comme pour Boutigny, qu'il peut exister *exceptionnellement* chez l'homme des traces bien minimes de cuivre hors des cas d'empoisonnement; sa présence possible ne doit par être oubliée dans les recherches médico-légales.

" Dans la recherche des préparations saturnines, il faut éviter avec le plus grand soin une foule de causes d'erreur qui se rattachent à l'existence possible de ce métal, dans les réactifs, le filtres, l'eau distillée elle-même qu'on doit employer pendant l'expertise.

" Comme les préparations de zinc ne sont pas précipitables par l'hydrogène sulfuré au milieu d'une liqueur acide, il est évident qu'on doit aller à la rechercee du zinc dans le liquide obtenu par filtration après l'action du sulfide hydrique."

Pour l'analyse de cette seconde partie du mémoire de notre éminent collègue de la Société française d'hygiène, nous regrettons beaucoup de ne pas avoir empiéte franchement sur le domaine de la chimie, afin de faire ressortir toute la précision de ces savantes recherches; nous espérons toutefois que cette analyse sommaire suffira pour démontrer la portée et l'importance pratique "du nouveau procédé pour la recherche des substances métalliques."—(*Journal d'Hygiène*).

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, OCTOBRE 1879.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

Les amendements à la loi médicale. (1)

Bien que les amendements contenus dans la nouvelle loi concernant la profession médicale aient été imprimés en italique dans la copie que nous en avons publiée comme supplément à notre dernière livraison, il importe, croyons-nous, vu le grand nombre de ces amendements, d'appeler l'attention de la profession sur quelques-uns d'entre eux.

En premier lieu se présente la 4me section dans laquelle il est spécifié que les Universités, Ecoles et Colléges *enseignants* auront seuls le droit de nommer des délégués au Bureau des Gouverneurs, ce droit cessant dès qu'ils discontinueront d'enseigner et ne leur étant rendu qu'à la reprise, de bonne foi, de leurs cours. Cela peut sembler, à quelques-uns, assez naturel pour ne pas nécessiter une clause spéciale mais l'expérience nous a appris qu'il valait mieux ne laisser à la loi qu'une seule interprétation possible et qu'entre le droit et l'équité il peut se loger bien des abus. Sous l'ancienne loi, une institution possédant une charte, quand même elle n'aurait pas donné de cours pouvait réclamer le droit de nommer ses deux délégués.

La 13me section fixe les rapports des assesseurs avec les institutions auxquelles ils seront délégués et avec le collége des médecins et donne au Bureau le droit de refuser non seulement l'enrégistrement des degrés ou diplômes des institutions dont les examens seront censurés par les assesseurs mais encore de refuser la licence de pratiquer aux élèves de telle institution. Il serait à désirer que les assesseurs prissent leur rôle au sérieux et qu'ils fussent bien pénétrés d'avance qu'ils représentent la profession et sont revêtus des pouvoirs nécessaires

(1) Voir la livraison de Septembre.

pour empêcher que les ambitions de clocher ne trouvent leur satisfaction au détriment des intérêts généraux. La nomination d'assesseurs est théoriquement bonne, mais il faut pour en obtenir un effet pratique satisfaisant ne confier la charge qu'à des hommes doués d'assez d'énergie pour remplir un devoir quelquefois difficile. Cette charge d'assesseur, bien remplie, serait d'un poids immense pour relever le niveau des études médicales et favoriserait puissamment le mouvement qui s'effectue dans ce sens depuis quelques années. Il peut sembler difficile d'apposer son *veto*, le cas le voulant et de devenir la bête noire d'une institution, mais assurément, ces réflexions devraient être faites et pesées avant d'accepter l'office lequel une fois pris en main devrait être rempli à la satisfaction des mandataires et indépendamment de toute considération privée.

Nous apprenons que le tarif médical (question vexatoire) vient d'être remanié et cette fois, nous l'espérons, à la satisfaction des médecins de campagne qui lors de la publication du tarif actuel n'ont pas été émerveillés de ce qu'avaient fait leurs propres représentants, à tel point que quelques-uns de ces médecins de campagne ne voulaient pas y croire et ont tombé à bras raccourci sur les médecins des villes qu'ils voulaient quand même rendre responsables du méfait. Gare, cette fois, aux représentants des districts ruraux, leurs constituants ont les yeux sur eux et on saura cette fois à qui s'en prendre. Il est bon de noter que le nouveau tarif ne deviendra légal qus six mois après sa publication dans la *Gazette Officielle.*

Plus d'un lecteur aura été surpris, nous n'en doutons pas des contradictions flagrantes que contient la 17me section, contradictions d'autant plus regrettables qu'elles portent sur un sujet d'une importance majeure pour la professiou. Heureusement, la clause telle qu'elle se lit n'est pas le fait d'un médecin ; les dangers et les abus qu'elle comporte nous sont trop connus pour qu'aucun de nous consente à en prendre la paternité. Voici la clause telle que présentée à la Législature par les médecins chargés d'amender la loi ;

" Le bureau provincial de médecine aura le pouvoir de faire des règles et règlements concernant l'admission des femmes à la pratique des accouchements, dans cette province, et il fixera le degré, la nature et l'étendue des connaissances et qualifications exigées des femmes désirant pratiquer les accouchements ; pourvu toutefois que toute femme qui à l'époque de la passation du présent acte aura été légalement qualifiée pour pratiquer comme sage-femme dans cette province retiendra ce droit mais sera requise de se conformer a tels règles et règle-

ments qui pourront être faits ci-après à leur égard par le collége des Médecins et Chirurgiens de Québec." Il nous semble que ceci était de nature à satisfaire la profession et à protéger la société; cependant, deux avocats, membres de la Législature, ont cru voir dans cette clause un empiètement de la profession, un désir de monopoliser et satisfaits apparemment de la somme de connaissances que possèdent nos sage-femmes canadiennes, ont fait ajouter à la clause, en dépit de toute explication et il faut le dire, en dépit du sens commun: "Rien dans cette section ou dans les règlements qui seront faits, n'empêchera, comme cela se fait souvent, les femmes dans les campagnes de pratiquer les accouchements ou d'aider aux accouchements sans qu'elles soient admises à l'étude ou à la pratique des accouchements." Quand des membres du barreau veulent législater sur des sujets de médecine à l'encontre de l'opinion des médecins, ils sortent assurément de leur sphère et se tirent rarement d'affaire avec une médaille de mérite. Je me demande si les auteurs de cet amendement oseraient confier la vie de leurs épousee à une des femmes qui pratiquent actuellement l'art obstétrique parmi nous. Peut-être oui! car nous supposons, bien à regret qu'ils sont de bonne foi; mais tant pis.

Que faire en présence d'un tel spécimen de législation, abandonner le tout et renoncer à amender la loi? Il se serait peut-être trouvé des gens qui n'auraient pas été fachés de cela: on a cru qu'il valait mieux atténuer l'effet de cette clause avortée en y ajoutant comme sous amendement: "mais elles devront obtenir un certificat d'un médecin dument licencié constatant qu'elles ont les capacités suffisantes." De cette façon les sage-femmes seront plus ou moins contrôlées. Aux médecins à ne délivrer les certificats en question qu'à bon escient et à ne pas licencier le charlatanisme pour être ensuite les premier à en souffrir.

Nous ne prétendons pas refuser aux sage femmes le droit d'exister, au contraire, nous admettons qu'elles sont très utiles sinon nécessaires, mais au moins faut-il exiger d'elles quelques-unes des qualifications dont on ne dispense pas les médecins. Le contrôle qn'exercerait sur eux le collége de médecins les forcerait à s'instruire d'avantage sans diminuer sensiblement leur nombre. Dans les villes, le charlatanisme de certaine sage-femmes à maintes fois causé des accidents irrémédiables, et inexcusables, malgré que les médecins se coudoient et chacun de nous aurait son histoire à dire sur ce sujet; dans les campagnes, c'est pis encore quand dans un cas difficile ou imprévu, l'accoucheuse est prise au dépourvu et qu'il faut aller

chercher le médecin à plusieurs lieues pendant que la malade exale ses derniers soupirs. Après avoir étudié l'art et fait des milliers d'accouchements, le médecin rencontre encore des cas qui embarassent sa science, son jugement et son sang froid mettez donc à sa place une sage femme qui parce qu'elle est la mère de huit ou dix enfants et qu'elle a *assisté* quelquefois se croit l'égale de Dubois ou de madame Lachapelle !

La section 20 pourvoit que dans le cas où il en serait requis, le médecin pourra se procurer un certificat sous le seing du régistrateur constatant que le dit médecin a payé ses contributions annuelles au collége et ce certificat sera admis comme preuve, *primâ facie*, devant toutes les cours de justice. Et quiconque étant obligé ou ayant droit de se faire enregistrer, négligera ou omettra de le faire, n'aura pas le droit de pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique et sera passible, d'après la 23me section, d'une amende de cinq piastres par année.

La clause 28, telle qu'amendée, offre à la profession toute la protection possible contre les charlatans. Désormais, ils pourront être poursuivis en la forme de simple action civile ordinaire et frappés d'une amende de pas moins de $25.00 et n'excédant pas $100.00 avec les frais de la poursuite en sus; faute de paiement desquelles sommes, le délinquant sera emprisonné pour une période n'excédant pas trente jours. Les amendes ainsi recouvrées seront la propriété du Collége des Médecins. En outre, le Président peut, en vertu de la section 34 autoriser par un ordre, sous son seing, une ou plusieurs personnes a instituer de telles poursuites contre les délinquants et percevoir les sommes payables au Collége.

Il va sans dire, et la clause 33 nous le rappelle, que la nouvelle loi ne dégage pas les médecins des obligations et redevances contractées envers le Collége sous l'ancienne loi.

Enfin, il ne faut pas oublier, que par exception, la nouvelle loi est venue en force le jour de sa sanction et qu'elle nous régit actuellement.

—

Université Laval.

OUVERTURE DES COURS.

Nous empruntons au "*Courrier de Montréal*" le compte rendu suivant de la séance de l'ouverture des cours de l'Université Laval, à Montréal:

Mercredi soir, 1er Octobre, il a été donné au public de Montréal d'assister à une de ces séances solennelles, qui intéressent si vivement tous ceux qui ont à cœur le progrès des arts et des sciences. C'était la soirée d'ouverture des cours de l'Université Laval à Montréal.

Si l'on doit juger de l'intérêt que porte le public au succès de la succursale de l'Université Laval à Montréal par le nombre et la qualité de l'audience qui était présente à cette inauguration, L'Université doit certainement se flatter d'avoir les sympathies d'une grande partie de citoyens de cette ville. La salle du Cabinet de Lecture Paroissial, où eut lieu la séance, était trop petite pour contenir la foule, un grand nombre de personnes durent rester sans siége, plusieurs durent même reprendre le chemin de leurs demeures sans avoir pu entrer dans la salle.

L'audience était composée de l'élite de notre société, et honorée de la présence du Maire de Montréal.

Un peu après 8 heures, le personnel de l'Université Laval, portant le costume universitaire, fit son entrée dans la salle, et alla prendre place sur l'estrade au milieu des applaudissements de l'auditoire.

Le Révérend T. E. Hamel, recteur de l'Université, prit le premier la parole. Dans un discours concis, mais plein de noblesse, il exprima le regret qu'une divergence d'opinion se soit élévée parmi le public Montréalais, et que des obstacles difficiles à surmonter aient retardé d'une annee l'établissement de la Faculté de médecine. Cependant il leur accorde le mérite de la bonne volonté, celui d'avoir agi avec les meilleurs intentions et pour le plus grand bien de la profession, tout en réclamant pour l'Université Laval aussi les mêmes priviléges. Il remercie cordialement le public de Montréal pour l'adhésion qu'il a donnée à la décision du Saint-Siège, et pour l'encouragement dont il daigne honorer l'Universite Laval.

Le doyen de la Faculté de médecine, M. le Dr. Rottot, fit ensuite un discours intéressant par les explications qu'il donna au public sur la conduite qu'avaient cru devoir suivre ses collègues et lui, relativement à l'établissement de l'Université Laval à Montréal. Il sut prouver qu'ils avaient fait ce que leur dictaient le désintéressement et le patriotisme le plus pur. Ses remarques furent très bien accueillies par l'auditoire qui manifesta son approbation par des applaudissements répétés.

L'hon. juge Jetté, l'un des professeurs de la Faculté de Droit, entretint ensuite l'auditoire sur la formation des cours judiciaires, sur les différents modes d'administration de la justice au siècle des Mérovingiens et depuis. Il parla des conseils sou-

verains qui alors jugeaint toutes les causes, et rapporta une foule d'incidents relatifs à l'administration de la justice avant la formation des cours judiciaires que nous avons aujourd'hui. Il sut intéresser vivement l'auditoire qui ne lui ménagea point les applaudissements.

Le doyen de la Faculté de Droit, M. C. S. Cherrier, prit ensuite la parole. Il parla en termes très élogieux de l'Université Laval, qui fait les plus grands sacrifices pour l'éducation de la jeunesse canadienne. Il exalta jusqu'au sublime la noble profession de la médecine, comparant les sacrifices, les dévouements, la responsabilité du médecin, aux sacrifices, aux dévouements et à la responsabilité du prêtre.

Son Honneur le Maire Rivard se lève alors pour remercier au nom de l'assemblée les messieurs de l'Université Laval, pour l'interessante séance qu'ils viennent de donner au public, exprimant l'espoir que ce n'est pas la dernière. Il leur avoue que l'Université Laval a fait un partisan de plus ce soir, et qu'il serait très heureux de voir les citoyens de Montréal, dont il est le Maire, partager les mêmes idées.

Quand il voit, par les explications de M. le Dr. Rottot, qu'on a travaillé pendant quinze années, pour obtenir une Université indépendante à Montréal, et que malgré cette persévérance, le Saint Siège n'a pas jugé à propos d'accéder à cette demande, il faut croire qu'il y avait pour ce refus de graves raisons que nous devons accepter respectueusement, et se montrer tout aussi reconnaissants envers ceux qui ont si noblement travaillé pour les intérêts de Montréal, tout comme s'ils avaient réusi. *A l'impossible nul n'est tenu; dit-il.* Il aurait préféré, il est vrai, une Université iudépendante, mais puisque ce n'est pas dans l'ordre des choses possibles, il accepte avec respect et plaisir l'établissement de la succursale de l'Université Laval, comme étant déjà un grand remède au maux dont nous avions à souffrir. Il espère que l'Université aura à Montréal l'encouragement qu'elle mérite.

Le matin, une messe du St. Esprit avait été chantée à l'Eglise St. Jacques pour attirer les bénédictions du ciel sur les travaux de l'Université-Laval dont les cours devaient souvrir le soir.

Outre les Révds. MM. Sentenne, Desmazures, H. Lenoir, Palatin, S. S., M. l'abbé Verreau et le Révd. Père Charpenay, O. M. I., on remarquait dans l'avant-chœur les professeurs de l'Université. La Faculté de Théologie était représentée par les Révds. MM. Roussel, Troie et Parent, portant la toge en gros grain doublée en soie violette et bordée d'hermine. La Faculté

de droit portant le même costume, mais avec doubluro bleue, était représentée par M. C. S. Cherrier, doyen de la faculté, Son Honneur T. J. J. Loranger, L. L. D., Son Honneur le Juge Jetté, L. L. D., M. J. Alphonse Ouimet, L. L. D., secrétaire. Les messieurs suivants, portant la toge doublée en rouge, représentaient la Faculté de Médecine : Dr. J. P. Rottot, doyen de la faculté, Drs. E. P. Lachapelle, A. Laramée, A. Dagenais, A. Ricard, A. Lamarche, A. T. Brosseau, C. M. Filiatrault, N. Fafard et H. Desrosiers. Le Révd. Recteur, Ths. E. Hamel, V. G., officiait. La musique, sous la direction de M. G. Couture, a éte admirable.

Bureau Provincial de Médecine.

L'Assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine a eu lieu, à Québec, le 24 Septembre 1879, dans les salles de l'Université Laval.

Membres présents : Docteurs Rottot, David, Marsden, Paquet, Trudel, Rivard, Wells, Paré, Ladouceur, Howard, Gibson, Scott, Gilbert, Lachapelle, LaRue, Michaud, Collet, Perrault, Campbell, Dagenais, Ahern, Marmette, Sewell, Lemieux, Gingras, Ross, Lafontaine, De St. George et Belleau.

Le Président, M. le Dr. Rottot, prend le fauteuil à 10 heures A. M., précises. Les minutes de l'assemblée des 14 et 15 Mai dernier sont lues et adoptées.

Lu une lettre du Dr. Grandbois, membre du Bureau, regrettant de ne pouvoir assister à l'assemblée par raison de maladie dans sa famille.

Le rapport des Assesseurs de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Québec, est lu et adopté.

Le rapport des examinateuas pour les examens préliminaires est lu et adopté ; par ce rapport, les messieurs suivants sont admis à l'étnde de la médecine : Emile Sylvain, Rimouski ; Alfred Pinault, Rimouski ; C. Dexter Ball, Stanstead ; Etienne Gosselin, St. Isidore ; John C. Howe, Québec ; Thomas Duhig, Québec ; J. A. Dickson, Trenholmville ; George R. Shirriff, Huntingdon ; William Delaney, Isles de la Madeleine ; Edmond Perron, Eboulements ; Samuel Brien, St. Martin ; Charles Vincelette, Canardière, et Charles Eusèbe Lemieux, Québec ; quatre candidats ont à reprendre plusieurs matières d'examen, et cinq ont été complètement refusés.

Proposé par le Dr. David, secondé par le Dr. Marsden, résolu :—

Que le Dr. A. M. Ross, gradué d'Ontario, reçoive sa licence, si sa qualification est trouvée suffisante.

Lu par le Dr. Lachapelle une lettre de M. Aimée Gaboury, étudiant en médecine de l'Université de Michigan, désirant continuer ses études médicales dans la Province de Québec.

Proposé par le Dr. Gibson, secondé par le Dr. Gilbert, et résolu :—

Que la lettre du Dr. Prime soit référée à un comité spécial avec instruction de s'enquérir de la valeur des plaintes qu'elle contient et de faire rapport à la prochaine séance de ce bureau et que ce comité soit composé de M. le Président et de Messieurs les docteurs Howard et Campbell.

M. Wm. M. Keys. de Georgeville, fait application pour la licence du Collége, mais on la lui refuse parcepu'il présente un diplôme d'éclectique de la Province d'Ontario.

Les messieurs suivants, porteurs de diplômes des universités suivantes, prêtent le serment d'usage et reçoivent la licence du collége : *Université Laval, Quebec ;* F. X. Gosselin M. L., St. Roch des Aulnets ; Simon Grénier, M. L., Percé ; Charles E. A. Côté, M. L., Québec ; Henri Philippe Rouleau, M. L., St. Célestin, Nicolet. *Université Victoria :* L. G. Routhier, M. D., L'Ange Gardien (Ottawa), Pierre Léonore Couillard, M. D., West Farnham, et Louis L. Auger M. D., Rivière du Loup, en haut.

Lu une lettre du Dr. W. L. Page demandant à être enregistré membre du collége des médecins et Chirurgiens de la Province de Québec ; sa demande est accordée.

Le Trésorier, Dr. Lachapelle, fait la lecture de l'état financier du Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec depuis Septembre 1877 jusqu'au 1er Septembre 1879.

Proposé par le Dr. Howard, secondé par le Dr. Ross, et résolu :—

Que le Président soit autorisé à vendre une partie des parts de Banque en possession du Bureau au montant suffisant pour payer les dettes pressantes.

Proposé par le Dr. Collet, secondé par le Dr. Gingras :—

Considérant que certaine Institution a fait cette année des admissions à l'étude de la médecine ; considérant qu'il est important de prévenir le renouvellement de semblables infractions à la loi actuelle, il est résolu que le Collége n'accorde dorénavant sa licence qu'à ceux qui, depuis la sanction de notre nouveau Bill médical, auront été admis à l'étude par des examinateurs du Bureau Provincial de Médecine. Cette motion est adoptée—17 pour—10 contre.

Le Dr. Collet, secondé par le Dr. Gingras, propose l'avis de motion suivant, pour être pris en considération à la prochaine assemblée :—

Considérant que le Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec est le seul gardien des droits et priviléges de la profession médicale dans cette Province,

Considérant qu'il y a lieu de croire que le Collége Victoria de la Province d'Ontario empiète sur ces droits et priviléges en donnant des diplômes à des élèves qui suivent leurs cours dans la Province de Québec,

Il est résolu, que le Président du Collége soit autorisé à consulter un jurisconsulte de la Province d'Ontario sur cette importante question des droits et priviléges de la charte du Collége Victoria relativement à la Province de Québec, et que, s'il y a lieu, il soit autorisé à prendre tous les procédés nécessaires pour sauvegarder les droits du Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Après la lecture de cet avis de motion, le Dr. Dagenais fait part de l'opinion légale par écrit de M. S. Pagnuelo, avocat, de Montréal, se prononcant centre le droit de l'Université Victoria a donner des diplomes dans la Province de Québec.

Proposé par le Dr. Marmette, secondé par le Dr. Campbell, et résolu :—

Que le Registrateur reçoive instruction de notifier ceux qui ont négligé de payer leurs contributions annuelles d'avoir à le faire sans délai, et que le Président soit chargé de prendre des mesures légales contre ceux qui négligeraient de répondre à cet appel.

Proposé par le Dr. LaRue, secondé par le Dr. Marmette, et résolu :—

Que chaque Gouverneur de chaque district fasse connaître au Registrateur les noms de tous les médecins pratiquant la médecine présentement dans son district, sans être enregistrés et que le Président soit autorisé à prendre des mesures légales contre ces médecins pour les contraindre à se faire enregistrer et recouvrer le montant que ces médecins doivent au Collége.

Proposé par le Dr. Gilbert, secondé par le Dr. Marsden, et résolu :—

Qu'un comité, composé de notre Président, Dr. Rottot, des Drs. Howard, Lachapelle, Campbell et Trudel, soit appointé pour preparer un code de règlements pour le Collège et qu'aussitôt que ces règlements seront preparés (pas plus tard qu'après le 1er Janvier 1880) M. le présidant veuille bien convoquer une asemblée des gouverneurs de Montréal, qu'en même temps il adresse une copie manuscrit de ces règlement au Dr.

Lemieux de Québec qui est par les présentes requis de convoquer alors une assemblé des gouverneurs de la ville de Québec, que les règlements projetés soient alors soumis a ces deux comités et qu'après avoir été ainsi revisés le président en fasse imprimer cent cinquante copies et que trois copies soient adressées à chaque gouverneur pas plus tard que le 1er Mars 1880.

Le Dr. Perrault soumet un projet de tarif qui est adopté sur la proposition de ce Monsieur, secondé par le Dr. Belleau ; et, le Secrétaire est autorisé à le faire imprimer, sanctionner par le Lieutenant-Gouverneur en Conseil et publier dans la *Gazette Officielle.*

Le Président nomme le comité d'examen suivant :—Anatomie, Dr. Scott ; Chirurgie, Dr. Campbell ; Médecine légale, Dr. F. Paré ; Physiologie, Dr. Lachapelle ; Pratique de la médecine, Dr. Gilbert ; Matière médicale, Dr. Rousseau ; Accouchements, Dr. Trudel ; Botanique, Dr. Badeaux ; Hygiène et Chimie, Dr. Ahern.

Sur proposition du Dr. Howard, secondée par le Dr. David, résolu :—

Que des remercîments soient votés à M. le Recteur de l'Université-Laval, Québec, pour l'usage gratuit des salles de l'Université.

L'assemblée s'ajourne à trois heures de l'après-midi.

Association médicale de la Puissance.

LA'ssociation médicale de la Puissance, en séance à London, Ont., jeudi, le 11 septembre a élu les officiers suivants : Président, le Dr. Howard, Montréal ; Secrétaire-Général, le Dr. David, Montréal ; Trésorier, le Dr. Robillard, Montréal ; Vice-Présidents, le Dr. Hill, sen., Ottawa, pour Ontario ; le Dr. F. W. Campbell, Montréal, pour Québec ; le Dr. Atherton, pour la Nouvelle-Ecosse ; le Dr. Parker, pour le Nouveau-Brunswick. Secrétaires locaux : le Dr. Wright, d'Ottawa pour Ontario ; le Dr. Ross, de Montréal, pour Québec ; le Dr. Allison pour le Nouveau-Brunswick ; le Dr. Wichwien, pour la Nouvelle-Ecosse. Comité d'arrangements : les Drs. Sweetland, Grant et Wright, d'Ottawa, avec pouvoir d'ajouter à leur nombre. Pour la publication : les Drs. Osler, Fenwick et Campbell, de Montréal. Pour la médecine : les Drs. Wright, d'Ottawa, Adam

Wright de Toronto et Harrison de Selkirk. Pour la Chirurgie: les Drs. Roderick, Atheston et Burrett de Peterboro. Pour l'obstétrique: les Drs. L. H. Burns, de Toronto, Gardner de Montréal, et Black, d'Halifax. Pour la thérapeutique: les Drs. Daniel Drake, de Toronto: Medcalf, de Kington, et Stevenson, de London. Pour la nécrologie: les Drs. Edwards de London, F. W. Campbell, de Montréal, et Fulton, de Toronto. Pour l'éducation: les Drs. Hingston, de Montréal; Graham de Toronto, et Burgess, de London. Pour la climatologie: les Drs. Oldwright, de Toronto; Larocque de Montréal, et Botsford. Pour l'éthique: les Drs. McDonnald de Kingston; Robillard, Parker, Gratt, Bottford, Marsden, Bucks, Clarke et Osler. L'association fixa Ottawa comme le lieu de réunion de l'an prochain. Dans l'après-midi les membres de l'Association, sur invitation du Dr. Bucks prirent le lunch à l'asile et la séance du soir se termina par un banquet à l'hôtel Tecumseth.

Brochure reçue.

Transactions of the College of physicians of Philadelphia,—Third Series, volume fourth.

NOUVELLES MÉDICALES.

Université Laval, Montréal.—Deux cent douze (212) étudiants suivent actuellement les cours de la Faculté de Théologie, cinquante et un (51) suivent les cours de la Faculté de Droit et trente sept (37) suivent les cours de la Faculté de Médecine.

Enrégistrement et contribution annuelle.—Nous attirons l'attention des Médecins de la Province de Québec sur l'avis du Registrateur du Collége, que nous publions ailleurs. Le bureau provincial de Médecine est résolu à faire observer la loi par tous indistincdement. Ainsi gare à ceux qui n'aiment pas les procédés judiciaires!

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.—Nous accusons réception de l'*Annuaire de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal* pour la session 1879-80. Cet annuaire

était probablement sous presse quand les autorités de l'Ecole de Médecine apprirent officiellement, de la part des autorités religieuses, que les Professeurs et les Elèves de la Faculté de Médecine de l'Université-Laval à Montréal seraient admis à la Maternité Ste. Pélagie sur le même pied qu'eux et leurs élèves. Ainsi la phrase suivante contenue dans l'*Annuaire* : " Cet Hospice n'admet pour visiter les malades qui s'y trouvent que les seuls élèves de l'Ecole de Médecine" n'a plus sa raison d'être aujourd'hui.

NAISSANCE.

A Montréal, le 18 août, la dame de M. le Dr. J. Elzéar Berthelot, un fils.

DÉCÈS.

A Montréal, le 20 Septembre, Rosanna E. Mullins, épouse de M. le Dr. Leprohon, Consul d'Espagne. Madame Leprohon était une intelligence d'élite et a enrichi notre littérature nationale de plusieurs ouvrages d'un grand mérite. Nos plus sincères condoléances à notre estimé confrère et à sa famille.

Tarif d'honoraires des médecins de la Province de Québec adopté par le Bureau Provincial de Médecine, (24 octobre 1879.) (1)

	$ c.
Visite de 8 heures A. M. à 10 heures P. M., distance n'excédant pas un demi mille	2 00
Visite de 10 heures P. M. à 8 heures A. M., distance n'excédant pas un demi mille	5 00
Une seule visite de 8 heures A. M., à 10 heures P. M., distance n'excédant pas un demi mille	3 00
Une seule visite de 10 heures P. M. à 8 heures A. M., distance n'excédant pas un demi mille	10 00
Pour chaque mille additionnel de 8 heures A. M. à 10 heures P. M.	1 00
Pour chaque mille additionnel de 10 heures P. M., à 8 heures A. M.	2 00
Détention pendant une journée	15 00
Détention pendant une nuit	25 00
Consultation ordinaire au Bureau et prescription de 8 heures A. M. à 9 heures P. M.	2 00
Consultation ordinaire au Bureau de 9 heures P. M. à 8 heures A.M.	4 00
Consultation extraordinaire au Bureau et auscultation, etc., etc.	10 00
Consultation avec un confrère, route extra	10 00

(1) Ce tarif sera soumis à la sanction du Lieutenant-Gouverneur en Conseil et sera en force six mois après sa publication dans la *Gazette Officielle* (Note Edit.)

	$ c.
Chaque consultation subséquente	5 00
Consultation par lettre entre médecins	10 00
Certificat de santé ordinaire	5 00
Certificat de santé avec examen et rapport	10 00
Certificat de santé pour assurance sur la vie	5 00
Certificat pour obtenir la décharge d'un malade d'un asile d'aliénés	5 00
Certificat pour obtenir la décharge d'un malade d'un asile d'aliénés avec examen et rapport	10 00
Certificat avec rapport sur la maladie et la mort	5 00
Examen *post mortem*	5 00
Examen *post mortem* avec autopsie	10 00
Accouchement ordinaire et soins pendant neuf jours, route extra	30 00
Version, application des forceps, extraction du placenta, soins pendant neuf jours	50 00
Vaccination, vénésection	2 00
Catéthérisme, cas ordinaire	5 00
Cathéthérisme subséquent	2 00
Lithotomie, lithotricie	500 00
Ovariotomie	500 00
Réduction de fracture de la cuisse, soins subséquents extra	50 00
Réduction de fracture de la jambe ou du bras, soins subséquents extra	40 00
Réduction de luxation de la cuisse, soins subséquents extra	100 00
Réduction de luxation de la jambe ou du bras, soins subséquents extra	50 00
Amputation de la cuisse, soins subséquents extra	200 00
Amputation de la jambe ou du bras, soins subséquents extra	100 00
Hernie, réduction par taxis	25 00
Hernie étranglée, opération et soins	200 00
Amygdalotomie	25 00
Tracheotomie	75 00
Cataracte	200 00
Pupille artificielle	100 00
Ablation du sein	100 00
Opérations majeures non spécifiées	300 00
Opérations mineures non spécifiées	25 00
Chloroformisation	5 00
Introduction de la pompe à estomac	25 00
Examen vaginal	5 00
Extraction de dent	1 00
Application de ventouses ou sangsues	5 00
Clystère, introduction de bougies, tampons, etc.	5 00
Pour une fiole de remèdes, pas plus de 2 onces	0 25
Pour une fiole de remèdes, pas plus de 4 onces	0 50
Pour une fiole de remèdes, pas plus de 8 onces	1 00
Pour une poudre et pas plus de 6	0 25
Pour 6 poudres et pas plus de 12	0 50
Pour une à douze pilules	0 50
Chaque douzaine additionnelle	0 25

TRAVAUX ORIGINAUX.

Quelques erreurs en thérapeutique.

Dans une étude que je fis l'an dernier, intitulée: " Quelques considérations thérapeutiques au sujet de la médication alcoolique dans la pneumonie, " j'essayai de démontrer que la thérapeutique, accusée si souvent d'incertitude et d'impuissance était une partie de la médecine qui avait fait des progrès des plus satisfaisants, que d'elle-même elle avait apporté une noble part à l'édifice scientifique, et que ses oscillations lui étaient venues des différents systèmes de médecine qui, se succédant les uns aux autres, révolutionnaient les idées de la maladie et du traitement.

Aujourd'hui, au lieu de revenir sur mes pas, comme le titre de ce travail pourrait donner à entendre de prime abord, et de détruire ce que j'ai édifié, je veux essayer de prouver que la thérapeutique tombe quelquefois dans des erreurs qui ne peuvent que jeter du discrédit sur son mérite réel. Le travail de l'homme d'étude est comme le ruisseau du mineur, il sépare l'or du minerai et du gravier inutiles, et le présente pur de tout alliage trompeur. Notre ambition à tous doit être d'affranchir la thérapeutique de toutes ses erreurs, d'en faire une chose inattaquable comme le mérite dégagé de toute faiblesse, pure comme l'or du mineur ; ainsi constituée, ses détracteurs deviendront ses adorateurs.

La saignée a bien été un des agents thérapeutiques dont le praticien pendant longtemps, réclamait le plus souvent le secours. Son usage est presque complètement abandonné aujourd'hui.

La saignée comme traitement essentiel, unique, n'avait certainement pas sa raison d'être; comme aujourd'hui l'on n'a peut-être pas également raison de la prescrire, comme nous le faisons. Son abus a été sa perte, et il est bien prouvé que ses contre-indications devaient être plus nombreuses qu'elles ne l'étaient. Cependant, est-il convenable de s'en abstenir complètement, n'existe-t-il pas des états pathologiques ou son emploi est certainement judicieux: Je réponds : oui, et nous allons le voir dans les lignes qui suivent:

Si la lancette n'a jamais eu sa place dans la pléthore *quoad crasim* des anciens, dans cette plethore ou le chiffre des globules semble surtout jouer le rôle principal, est-on justifiable de ne pas y avoir recours continuellement dans cette autre pléthore, connue sous le nom de *plethora ad vasa*, ou la tendance à produire le fibrine parait l'emporter sur la tendance à produire l'élément globuleux ? Certainement en faisant la distinction nécessaire dans ces deux conditions morbides, on est obligé de conclure que la pléthore fibrineuse doit être soumise à la saignée. A ce sujet, je ne puis m'empêcher de mentionner ici en passant, une troisième variété de pléthore ou d'hyperrhemie, (puisqu'on l'appelle aussi de cette manière) ou les émissions sanguines, qui paraitraient y trouver d'abord leur indication, ne doivent pas être employées.

"Il est des individus dit l'éminent clinicien Trousseau, chez qui la force de sanguification proprement dite est si énergique, que tout chez eux se transforme en sang, et qu'ils sont comme affectés d'une sorte de colliquation ou de fonte sanguine, si l'on veut nous permettre ces expressions empruntées à la pathologie. De même, en effet, que chez certains scrofuleux arrivés au dernier degré de la fonte tuberculeuse générale, mais qui continuent à manger beaucoup et à digérer convenablement toute la substance digérée, comme toute celle que l'absorption enlève à l'organisme, se transforme en pus tuberculeux ; de même que chez les individus affectés d'une diathèse hydropique considérable, tous les matériaux venus du dehors et du dedans sont converties en sérosité, et que chez les polysarciques, ils se convertissent en graisse, etc. ; de même aussi il est des sujets à tempérament sanguin si prononcé, que la force plastique n'agit presque qu'au profit de l'hématose, en dépit de la sobriété quelquefois très grande de ces personnes."

Chez cette sorte de pléthoriques, l'abstention complète est réellement *scientifique*, car nous dit encore Trousseau, ' la saignée alors ne fait que favoriser la pléthore, comme si l'appareil circulatoire déchargé de l'excès de matériaux qui pouvait opprimer ses forces, n'était devenu que plus apte à une sanguification très active."

Il résulte donc que dans les trois variétés de pléthore que nous avons sous les yeux il y en a une que la lancette seule peut secourir, et qu'elle doit secourir ; il y en a deux à qui elle ne peut être que nuisible. C'est ici que le médecin doit être plus *hématologiste qu'anatomiste* ; car l'hématologie seule éclairant son diagnostic, rectifiera son traitement.

La pneumonie, n'est plus à la mercie de la saignée. Les médications contro-stimulantes de Rasori, stimulantes de Todd,

toniques de Bennett, expectante de Delt, sont chargées de l'attaquer. Je ne contesterai pas l'efficacité d'aucune de ces médications, qui toutes basées sur la statistique, nous prouvent qu'avec des chiffres on bâtit et détruit tour à tour, seulement je demanderai pourquoi la saignée est-elle ici complètement abandonnée ? Voyons ce qui se passe dans la pneumonie et si elle ne doit pas réclamer le secours de la lancette.

La première période de la pneumonie est caractérisée par une stase sanguine, qui se prolongeant trop longtemps conduit à la deuxième période, à l'hépatisation rouge. Celle-ci peut bien être appelée la période d'état de la pneumonie, jusqu'à ce que le *crépitus* humide vienne nous dire que la liquéfaction commence à se faire et que la troisième période est arrivée avec l'expectoration. Voilà en résumé comment se comporte l'inflammation pulmonaire le plus ordinairement.

Période de congestion. Quand le médecin est appelé dès cette première période, sa conduite ne doit-elle pas être la même que lorsque il a affaire à une victime d'un *raptus* sanguin cérébral. La saignée large ne rétablira-t-elle pas alors la circulation sanguine là où elle est arrêtée, là où la masse du sang tend à se solidifier ou à briser son enveloppe. La première phase de l'hémorrhagie cérébrale comme de la pneumonie, ne peut, il nous semble, voir son *molimen hemorrhagicum* disparaître que sous l'action de cette médication énergique.

Deuxième période. Quand dans cette période d'hépatisation une congestion généralisée survient tout à coup, congestion qui se reconnait immédiatement aux symptômes d'asphyxie qui apparaissent, la thérapeutique, se basant sur une notion pathologique certaine, ne crie-t-elle pas alors de recourir promptement à la saignée ? N'est-ce pas au milieu d'une congestion que l'on n'avait pas prévue, que l'on a négligé d'enrayer par une saignée copieuse que le pneumonique a passé bien souvent de vie à trépas ?

Donc dans une inflammation des poumons deux indications de saigner : au début de la première période, et quand une congestion violente survient, dans la deuxième période plus particulièrement,

La congestion pulmonaire ne survient pas seulement dans le cours d'une pneumonie, elle est souvent une maladie intercurrente. Ainsi on la voit survenir dans le cours d'une fièvre typhoïde, de certaines autres fièvres eruptives, dans l'inflammation rhumatismale, etc. A chaque fois qu'elle se présente, il faut la considérer comme une maladie essentiellement indépendante de celle qu'elle vient compliquer et la traiter en conséquence, quelque contradictoire que puisse être la saignée

avec le traitement suivi dans la fièvre typhoïde ou dans le rhumatisme inflammatoire etc.

Trousseau recommande l'émission sanguine dans un état pathologique bien autre que ceux que je viens d'indiquer, puisqu'il ne craint pas de s'en servir dans la chlorose. Le fer, dit-il ne guéri par aussi surement la chlorose et le pléthore séreuse chlorotique qu'une bonne alimentation le pléthore séreuse *post-hémorrhagique*· Cest que celle-ci n'est pas une maladie. L'état chlorotique va se trouver amendé, guéri en apparence par les ferrugineux. On suspend l'usage de ceux-ci, et les accidents reparaissent. On conjure ceux-ci, une seconde fois, mais moins facilement, par les mêmes moyens, une troisième fois pas du tout. C'est alors que, s'il y a plèthore vasculaire dans une constitution forte, absence de toute lésion organique accomplie ou imminente, et surtout que la malade soit exempte *des peines de cœur*, *d'affections morales*, dont l'influence cachée explique si souvent le caractère rebelle de la chlorose c'est alors qu'on se trouve bien d'une petite saignée, et que cette faible évacuation peut rendre l'appareil de l'hématose et de la circulation de nouveau sensible à l'action du fer.

Malgré la grande révolution qui s'est opérée depuis un quart de siècle surtout, et qui a mis la saignée au dernier rang des puissances thérapeutique, c'est donc faire erreure que de l'abandonner complètement, et c'est faire erreur particulièrement que de ne pas y recourir dans les cas que nous venons de considérer.

L'ignorance de la maladie a conduit à une saignée aveugle pendant longtemps: rien d'extraordinaire que son abandon actuel. Mais c'est justement à cause qu'il est facile de constater cette ignorance, c'est à cause que nous comprenons parfaitement que la généralisation d'un agent thérapeutique semblable aussi puissant ne pouvait être que nuisible, que la réaction doit s'opérer et qu'il est bon de se demander s'il est vraiment juste de prescrire la saignée en tout et partout, et si elle doit être désormais et toujours un *noli me tangeré*.

Broussais ne sachant pas encore que la fibrine est diminuée dans la fièvre appelait la fièvre typhoïde, gastro-entérite et prescrivait en conséquence les saignées répetées. Mais la doctrine Broussaisienne a fait son temps, et parcequ'elle a été enfantée dans l'erreur faut-il prendre en horreur les émissions sanguines ?

Le rhumatisme est une maladie ou le sang souffre plus dans sa qualité que dans sa quantité, les analyses nous ont conduit à cette découverte : nos ancêtres de cinquante ans passés ignoraint cela et saignaient quand nous nous faisons tous les efforts

possibles pour modifier l'altération morbide du sang : parce nos pères ont érré, faut-il que nous crions toujours : a bas la saignée. Non je le répète : l'abstention complète est aussi rédicule de nos jours que l'abus d'autrefois.

Les émissiens sanguines ne sont pourtant pas complètement abandonnées ; et si la saignée générale est une puissance de dernier ordre, la saignée locale est bien elle une puissance de premier ordre. En effet celle-ci trône bien de nos jours comme une de nos ressources thérapeutiques les plus merveilleuses. Et cependant s'est-on jamais demandé son *modus operandi* sur une lésion organique quelconque ? est-on jamais capable de s'avouer que l'écoulement sanguin par une saignée locale doit dégorger les vaisseaux congestionnés d'un organe interne ? Prenons un exemple : Nous avons à faire à un de ces états pathologiques de l'estsmac, ou l'irritation est développée à un haut degré, ou le vomissement est ôpiniâtre ; on appliquera la saignée locale avec force ventouses. Une première émission est insuffisante, on pratiquera une seconde, etc. Comment l'écoulement sanguin va-t-il ici décongestionner l'estomac ; son système circulatoire n'est-il pas indépendant des vaisseaux externes ? est-ce que ceux-ci vont le nourrir, ou ne servent-ils pas à la nutrition d'autres parties du corps ?

(*à continuer*).

Ville St. Henri. SEVERIN LACHAPELLE, M.D.

Bibliographie.

Traité élémentaire d'Histologie, etc., par le Dr J. A. FORT, 2e édition entièrement refondue. 1 volume in-8, p. p. 736. Paris, chez Delahaye. Montréal, chez Cadieux & Derome.

L'extrême importance des études histologiques est aujourd'hui reconnue par tous ceux qui ont suivi et approfondi les découvertes dans les sciences médicales pendant ces dernières années, et dont le jugement ne s'est pas laissé entièrement aveugler par un esprit d'opposition—encore trop fréquent de nos jours, à tout ce qui est nouveau.

L'application du microscope, d'abord à la physiologie, puis à la pathologie, est sans doute le plus grand pas qu'ait fait la

Médecine depuis un demi-siècle, puisqu'il a, pour ainsi dire, remanié ces deux branches des sciences médicales. Sans le microscope, la structure intime de nos tissus et organes, soit à l'état de santé, soit à l'état de maladie, ainsi que les phénomènes multiples qui s'y passent, restaient pour nous lettre morte. Or, comme la médication rationnelle, la seule véritable, après tout, est entièrement subordonnée à la nature essentielle des phénomènes dont les éléments anatomiques sont le siége, il s'en suit que les découvertes fournies par les recherches histologiques ont également remanié la thérapeutique. Si, aujourd'hui, nous sommes mieux en état de saisir et de comprendre les *entités morbides* dont les divers appareils de l'économie peuvent être le siége, la raison en est que nous connaissons, au préalable, et cela, grâce à l'Histologie, la nature, les procédés de formation, et les modes de développement des éléments qui entrent dans la composition de ces appareils. C'est à l'Histologie que nous devons les grandes découvertes faites dans le domaine de l'anatomie pathologique dans ces derniers temps, et il est impossible à l'étudiant de comprendre même la première page des traités de pathologie adoptés aujourd'hui dans toutes les écoles, s'il n'a pas tout d'abord une connaissance parfaite de l'anatomie microscopique.

Il semble que je ne devrais pas être obligé d'insister sur ces faits, et que la nécessité des études histologiques est suffisamment patente, sans qu'il soit besoin, pour l'établir, de faire appel à aucune argumentation. Malheureusement, il n'en est pas ainsi pour tous, et il est encore, dans le monde médical des esprits qui s'obstinent à ne pas vouloir entendre parler de ces *innovations* comme ils les appellent.

L'ouvrage du Dr Fort, nous semble très propre à initier l'élève à la science histologique. L'auteur n'invente rien. Il s'est inspiré des travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger, bien qu'il n'ait pas hésité à donner sa propre opinion, quand il a cru devoir le faire.

" Dans les descriptions, dit-il, nous avons recherché la méthode et la clarté. Nos articles, complets, représentent l'état de la science sur le sujet, et nous avons eu soin, toutes les fois que cela était nécessaire, de mettre en regard, l'opinion des microscopistes français et celle des principaux savants allemands .....

" Nous avons intercalé dans le texte un nombre considérable de figures ; nous nous sommes attaché à ne produire que des dessins parfaitement nets, sachant combien il est difficile d'étudier avec profit une figure trop complexe.

" L'ouvrage est imprimé en caractères entièrement neufs, et

tiré sur beau papier collé, pouvant recevoir des annotations à l'encre. L'exécution typographique ne laisse rien à désirer...."

Il n'y a, dans tout cet exposé, rien que de très vrai et de très juste, et l'auteur n'a, en aucune façon, exagéré les mérites de son livre. La netteté du style, la sobriété des descriptions, la clarté de la méthode et le soin tout particulier qu'a pris le Dr Fort de reproduire l'opinion des savants les plus autorisés sur la matière, tels que Virchow, Kalliker, Conheine, Frey, Todd et Bowman, Robin, Cornil et Ranvier, etc., recommandent ce traité d'Histologie à tout esprit sérieux et avide de science.

DR. H. E. D.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Du traitement thérapeutique des tuberculeux; par le professeur PETER, médecin de la Pitié.—(*Suite et fin*)—Il y a les formes *traitables* (je ne dis pas "curables") et les formes *intraitables*.

Voyons d'abord ce qu'il en est des premières.

En tête de celles-ci se place la tuberculisation hypérémique sans fièvre, avec intégrité de l'appareil digestif.

Tout ce que je vous ai dit de général sur le traitement des tuberculeux s'applique principalement à la tuberculisation hypérémique sans fièvre, avec intégrité des fonctions digestives; laquelle (je ne saurais trop le répéter) est heureusement de beaucoup la plus fréquente dans la pratique de la ville. Et c'est ce que je voudrais qui ressortît de ces leçons destinées à compléter, et surtout à rectifier les notions recueillies à l'hôpital. C'est dans cette forme que l'hygiène a une si grande influence, dans cette forme aussi que l'hydrothérapie et le fonctionnement régulier de la peau jouent un rôle si important, et qu'enfin la révulsion est si efficace.

Il faut considérer, en effet, que la tuberculisation hypérémique sans fièvre reste longtemps, anatomiquement et fonctionnellement, à la période de "tuberculisation commençante". Ainsi tel individu que je pourrais citer a, depuis dix ans et

davantage, sa tuberculisation pulmonaire au dégré où on l'observe chez tel autre au bout d'un mois. Je vois, par exemple, avec un des médecins les plus distingués de Paris, le docteur J. Worms, une dame de trente-quatre ans, qui s'est tuberculisée à la suite et par le fait des privations du siège de Paris. Sa première hémoptysie date du commencement de 1871, et aujourd'hui, en 1879, huit ans après le début de cette affection, on ne trouve que quelques craquements humides dans le quart supérieur du poumon gauche, avec un peu de souffle, des froissements pleuraux et quelques rares craquements secs dans la fosse sus-épineuse droite. Dans les huit années qui se sont écoulées, cette dame a eu de nombreuses et parfois formidables hémoptysies, hémoptysies abondantes à ce point qu'elles produisaient des lipothymies.

Eh bien, malgré huit années écoulées, malgré les hémoptysies, cependant la maladie est, comme je viens de le dire, excessivement peu étendue; de telle sorte qu'enfin le médecin qui la soigne, étonné de la marche d'une pareil affection, qu'il avait jugée d'abord et avec raison d'origine tuberculeuse, se demandait s'il n'avait pas affaire à des hémoptysies d'origine cardiaque et s'il ne s'était pas trompé dans le jugement qu'il avait porté primitivement sur la nature du mal (c'est précisement pourquoi j'étais consulté).

En réalité, cette dame est bel et bien tuberculeuse, mais, tuberculeuse sous la forme hypérémique sans fièvre; tuberculeuse avec intégrité absolue de l'appareil digestif; tuberculeuse avec conservation d'un certain embonpoint; tuberculeuse qui dirige sa maison, va dans le monde et y brille par ses talents de musicienne.

J'ajoute maintenant, quant au traitement, qu'il n'a pas été indifférent à la marche si remarquablement lente de l'affection; le médecin ayant, lorsqu'il le fallait, fait de la révulsion par les vésicatoires volants, et ayant eu surtout l'extrême bon sens de très peu médicamenter sa malade; ne lui donnant guère, lorsqu'il le jugeait convenable, que de petites doses d'arsenic pendant une quinzaine de jours par mois, la nourrissant bien et se gardant de la séquestrer.

C'est dans ces cas également que des pointes de feu, par la cautérisation ponctuée très superficielle, rendent de réels services; on encore qu'un exutoire, appliqué au bras et entretenu indéfiniment, est des plus salutaires.

J'ai cité tout à l'heure un exemple de cette forme hypérémique sans fièvre, où la révulsion et l'hygiène furent d'une telle puissance, emprunté à la pratique d'un médecin de premier ordre. Voici un autre cas que me fournit mon savant

ami docteur Ferrand, où l'hyiène fit à peu près exclusivement les frais de la guérison, ou mieux de la prolongation indéfinie de l'existence :

" Un jeune homme, fils de parents bien portant (la mère souvent souffrante est cependant morte âgée), eut vers dix-huit ans une abondante hémoptysie à la suite de laquelle Récamier le déclara phthisique. Repoussé pour ce motif d'une communauté dans laquelle il disirait entrer, il fit l'éducation de quelques jeunes gens chez lesquels il trouva une vie active et un régime largement réparateur.

" Quelques années après il pouvait donner suite à ses premiers projets d'avenir et aujourd'hui, âgé de soixante ans, il mène encore la vie laborieuse de cette communauté, se levant à quatre heures du matin, etc.

" Une fois cependant (il y a de cela dix ans environ), à la suite de fatigues excessives dues à de grandes prédications, les signes thoraciques se reproduisirent (craquements humides manifestes) vers les deux sommets. Une hygiène plus sagement ménagée permit encore une fois de conjurer pleinement le danger."

Voici encore un autre fait emprunté à la pratique du même judicieux médecin :

" Un jeune homme de vingt-deux ans est atteint d'une forte hémoptysie que je constate. Son frère est mort phthisique à dix-huit ans; un frère de son père est mort probablement phthisique et encore jeune.

" Après un séjour de deux hivers en Afrique et une saison aux Pyrénées, ce jeune homme, qui avait eu des signes (craquements) vers les sommets, revient guéri, il se fixe à la campagne, s'adonne à la culture et s'y emploie fort activement.

" Il se marie, a successivement quatre enfants, dont un seul meurt en bas âge. L'aîné a aujourd'hui douze ans. Le père en a plus de quarante et se porte à merveille."

Je ne ferai que mentionner sommairement le cas d'un homme qui mourut à plus de soixante ans, après avoir eu à diverses époques de sa vie de fortes hémoptysies, et qui ne prolongea ainsi son existence que grâce à une hygiène rigoureuse au point d'en être, dit M. Ferrand, suspecté de manie. Il était néanmoins si bien tuberculeux, que ses six enfants sont morts avant lui ou d'arthrite tuberculeuse, ou de phthisie pulmonaire.

Ces faits d'autrui, je les cite beaucoup plus volontiers que les miens, qu'ils confirment et corroborent.

Dans la *forme chronique* des auteurs, c'est-à-dire dans la tuberculisation pulmonaire chonique avec fièvre, soit intercurrente, soit terminale, il faut considérer deux phases : une

première correspondant à la forme hypérémique sans fièvre ; laquelle reste telle au début et pendant un assez long temps ; et une seconde phase où la fièvre apparaît.

Le danger possible de cette forme est dans le passage de l'hypérémie à la phlegmasie et de la phlegmasie circonscrite à une phlegmasie plus étendue. Le danger encore est surtout dans le retentissement de la lésion locale sur le grand sympathique vasculaire du poumon, et dans le retentissement ultérieur du grand sympathique vasculaire du poumon sur le grand sympathique général, de façon à ce que la fièvre s'allume, auquel cas le péril est double : la fièvre symptomatique de la lésion pulmonaire, qui s'étend et s'aggrave, déterminant une altération telle de l'organisme, qu'un nouvelle germination tuberculeuse à marche rapide va s'ajouter, par le fait même de la fièvre et avec une forme partculière, aux lésions primitives, et empirer d'autant l'état du malade.

C'est dans de telles conditions qu'il importe d'agir et le plus vite et le plus énergiquement : ventouses scarifiées ou sangsues, si le sujet est suffisamment robuste ; vésicatoires d'abord, teinture diode ensuite, si le malade est moins résistant ; exutoire au bras placé en permanence ; préparations kermétisées si l'expectoration le réclame ; arsenic, alternant avec le sulfate de quinine ; pour alimentation, laitage, œufs, viande, quelque chose comme l'alimentation d'un carnivore. Malheureusement cette forme est déjà moins docile à la thérapeutique que la précédente ; mais là encore l'hygiène doit intervenir et, malgré l'étendue des lésions, malgré la fièvre symptomatique, le déplacement est de rigueur. De la ville il faut indispensablement aller à la campagne ; si le malade à été primitivement atteint à la campagne, le déplacer l'hiver, en vue de lui faire passer la mauvaise saison dans une contrée où il puisse, comme nous l'avons dit si souvent, vivre impunément, plusieurs heures durant, de la vie extérieur.

Il faut avoir vu, comme il m'a été donné de le voir, de très nombreux cas de cette forme déjà plus grave de la tuberculisation pulmonaire, pour ne pas hésiter à pratiquer une médication locale suffisamment énergique, en révélant aux parents et même au malade la gravité actuelle de sa situation ; leur faisant entrevoir néanmoins, comme correctif, l'éventualité réalisable du rétablissement ou tout au moins de la prolongation de l'existence.

Il ne faut pas hésiter davantage à conseiller une réforme complète dans l'hygiène sous toutes les formes, dans l'hygiène du milieu, comme dans celle de l'alimentation et du moral.

Quant à la médication interne, elle doit s'inspirer des divers

éléments morbides en action ; soit qu'il s'agisse de troubles de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif ou du système nerveux, ce que j'ai dit antérieurement trouve ici sa place.

Les deux formes que je viens d'indiquer sont des formes traitables. Une troisième, qui semble devoir l'être moins et qui, cependant, n'est pas absolument rebelle à la thérapeutique, est la forme infiltrée (" pulmonie caséeuse " des modernes). Ce qui en fait la gravité, c'est la fièvre ; mais cette gravité n'est que relative, si l'appareil digestif reste intact ou à peu près malgré l'état fébrile.

Alors, en effet, on a le droit d'espérer que la médication révulsive locale sera puissante contre la lésion. C'est dans ce cas encore qu'il ne faut pas hésiter à faire de la médication anti-phlogistique, générale avec réserve, mais locale d'une façon moins réservée. Je veux dire que si en ville, et à Paris, il n'est guère possible de pratiquer une saignée du bras, l'opportunité de cette émission sanguine peut être réalisée en province et surtout à la campagne. Quant à l'émission sanguine locale, il ne faut pas la redouter, mais en attendre beaucoup, au contraire. En tout cas, et ici je ne craindrai pas d'être considéré comme paradoxal, l'application d'un grand vésicatoire au point où se perçoivent le soufle de l'infiltration, les craquements humides et les gargouillements commençants, est absolument indispensable et presque toujours efficace, au moins quant à la localisation du mal et à son arrêt momentané ou définitif.

C'est dans ces cas également que les préparations kermétisées sont de rigueur. Je donne volontiers une potion composée d'extrait de quinquina et de cognac (4 grammes de l'un et 40 grammes de l'autre pour 100 grammes de julep), alternant d'heure en heure avec une potion kermétisé à 20, 30 ou 40 centigrammes de kermès pour 100 grammes de potion. Chacune d'elles s'adresse à un élément morbide distinct.

Il faudrait bien se garder de croire que cette médication soit toujours suivie de succès ; mais, dans le cas que je précise, c'est-à-dire alors que, malgré la lésion et malgré la fièvre, l'estomac reste intact et qu'il en est ainsi des intestins, on peut encore espérer, par la médication que j'indique, triompher du mal. J'en ai des exemples nombreux, et tout médecin occupé pourrait en citer d'analogues.

En voici un que je ne peux résister au plaisir de mentionner :

Mon ami le docteur Ferrand soignait une jeune fille qui fut reconnue tuberculeuse par Barth et lui. Elle se maria (ce n'est pas ce qu'elle fit de mieux : elle en mourut comme on va voir), devint mère, et sous l'influence de ce nouvel état social

et physiologique, présenta à plusieurs reprises de petites poussées successives avec congestion du sommet de l'un des poumons, de la fièvre, puis du ramollissement, qui aboutit enfin à la formation d'une petite caverne.

Cependant, sous l'influence d'un traitement antiphlogistique et révulsif, on constatait la disparition graduelle des signes cavitaires, en même temps que la fièvre cessait et que se rétablissait la santé générale.

Mais ce qu'il y eut de curieux dans cette observation, c'est qu'un professeur de mes collègues, apelé près d'elle en consultation dans une de ces phases fébriles de la maladie, constata l'existence d'une caverne et en porta un pronostic prochainement mortel. Or, cette malade, traitée par les révulsifs, puis bientôt après transportée à la campagne où elle passa tout l'été, fut revue six mois plus tard par le même professeur, qui chercha vainement et avec une certaine surprise la caverne qu'il avait constatée antérieurement, et dont il ne pouvait pas méconnaître la guérison.

Cette dame, il est vrai, "succomba après plusieurs reprises d'une semblable évolution pathologique, épuisée par *trois grossesses successives et rapprochées*, et par le fait de l'extension de la tuberculose au péritoine abdominal et pelvien."

Telles sont les formes traitables de la tuberculisation pulmonaire; je ne dis pas qu'elles soient curables, mais les faits démontrent qu'elles sont tout au moins justiciables d'une médication rationnelle et suffisamment énergique; c'est là un des côtés les plus consolants et les plus utiles à la fois de la longue étude que nous avons faite.

Maintenant je n'ai plus à dire, hélas! que quelques mots sur les formes *intraitables*. Autant il faut avoir d'espoir, de courage, d'audace et d'initiative, autant il faut savoir s'inspirer des conditions si variables du malade et de son milieu, dans les formes traitables; autant on a lieu de désespérer dans les formes intraitables; lesquelles sont: la *phthisie chronique fébrile continue*, la *phthisie galopante* et la *phthisie aiguë*. Là on ne peut, en aucune façon, concevoir la pensée d'enrayer la marche du mal; théoriquement, le processus inflammatoire local ou tout au moins congestif, la fièvre qui en est l'expression, on pourrait les croire justiciables de la médication antiphlogistique ou contro-stimulante; il n'en est rien, et pratiquement, nous avons vu précédemment la déplorable impuissance de cette médication rationnelle dans ces formes de la tuberculose. On ne peut que soulager le malade ou s'efforcer d'amoindrir ses souffrances. C'est de ces formes qu'on peut répéter avec vérité ce que Fonsagrives dit de la phthisie pul-

monaire en général : " C'est une maladie qu'on ne guérit pas, mais qu'on panse. "

Conclusion.—De toute cette étude il résulte que les formes de la tuberculisation pulmonaire les plus fréquentes de beaucoup sont les formes *chroniques.*

Des formes chroniques les plus fréquentes heureusement sont les formes *apyrétiques.*

Parmi les formes chroniques, il en est qui sont incidemment *pyrétiques,* avec des périodes de remission plus ou moins prolongées.

En troisième lieu, il y a des formes de tuberculisation pulmonaire *pyrétiques* sans rémission de la fièvre.

En quatrième lieu, ces formes sont *primitives* ou *succèdent* aux formes apyrétiques ; auquel cas elles présentent une moindre gravité que lorsqu'elles sont primitivement pyrétiques.

Enfin, je ne fais que mentionner la phthisie galopante et la phthise aiguë, qui sont absolument réfractaires à nos moyens d'action thérapeutique.

J'ajoute que les quatre grandes formes que je viens d'indiquer, et surtout les deux premières, sont beaucoup plus fréquentes à la ville qu'à l'hôpital ; de sorte que la phthisie pulmonaire qu'on observe dans la clientèle civile a, en réalité, une moindre gravité que la phthisie pulmonaire classique, décrite surtout d'après des types d'hôpital.

Dans les deux premières formes, qui sont traitables, 1° *veiller à l'intégrité digestive ;* 2° *combattre les incidents fébriles possibles,* tel est le double but qu'il ne faut jamais oublier.

En fait, et ceci n'est pas un paradoxe, le tubercule a une tendance naturelle à guérir sur place :

1° Il guérit par ramollissement et expulsion ; seulement il y a dommage alors pour le poumon, qui en est plus ou moins troué, mais qui peut se cicatriser à la suite ;

2° Il guérit par le passage à l'état crétacé.

Et, dans chacun de ces deux derniers états, il reste inerte pour le poumon qu'il est désormais dans l'impuissance d'offenser.

J'ai dit que le tubercule était guéri ; je serais plus exact en disant qu'il a cessé d'évoluer, qu'il a cessé d'être, qu'il est *mort.*

Le problème thérapeutique est donc de *permettre au tuberculeux* DE SURVIVRE *à ses tubercules.*

Eh bien, dans un grand nombre de cas, ce problème n'est pas insoluble.—*Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*

—

Du traitement du rhumatisme articulaire par la salicylate de sonde.—Comme ancien lecteur du *Bulletin* et habitant une contrée où les rhumatismes articulaires aigus se rencontrent fréquemment, permettez-moi d'apporter une légère contribution à l'histoire du salicylate de soude employé pour la guérison de cette maladie. Depuis deux ans, je n'ai plus traité un seul cas de rhumatisme articulaire aigu sans employer pres que exclusivement cette substance. Je n'exagère pas en affirmant que j'ai obtenu, à l'aide de la médication salicylique, des succès tels que je ne comprends plus aujourd'hui les hésitations et la méfiance de certains médecins à l'égard de ce traitement. Ceslignes me sont inspirées par la lecture de la correspondance si interessante de M. le docteur Victor Pages dans le numéro du 30 août dernier, et je commence par déclarer que mes conclusions ne diffèrent des siennes que par une confiance plus absolue dans l'efficacité du remède que je reconnais pour le vrai spécifique du rhumatisme articulaire aigu. Qu'est-ce, en effet, qu'un spécifique? C'est bien, suivant la définition de M. Littré, " un médicament qui exerce une action spéciale sur telle ou telle maladie en particulier, qui en previent le développement ou en procure presque constamment la guérison. " En bien, j'affirme que, si je compare les résultats que me donne le salicylate de soude à ceux que m'offraient autrefois les émissions sanguines, le nitre à hautes doses, le colchique, le sulfate de quinine, la vératrine, etc., remèdes à l'aide desquels je n'ai jamais pu faire disparaître le mal dans l'espace de quelques jours et à l'égard desquels j'étais même devenu tellement incrédule, que, dans ma conviction, la morphine, administrée concurremment, produisait infiniment plus de soulagement que les médicaments en question; si je compare, dis-je, les effets du salicylate à ceux des autres remèdes susindiqués, je ne comprends plus pourquoi on refuse à la médication salicylique le titre de médication spécifique.

Le sulfate de quinine est moins sûr dans les effets produits sur la fièvre intermittente, le mercure guérit moins sûrement la syphilis, l'iode moins sûrement les affections strumeuses, que le salicylate de soude guérit le rhumatisme articulaire aigu. Je déclare formellement que, depuis l'époque où j'ai commencé à soumettre mes malades à ce traitement, *je n'ai pas eu un seul insuccès.* Toujours, absolument toujours, la maladie a cédé en très-peu de temps, et j'ai rencontré des malades fort nombreux que je voyais pour la première fois le huitième ou le dixième jour de la maladie, quand quatre ou cinq, et quelquefois encore plus d'articulations étaient tuméfiées et horriblement douloureuses, quand une sueur abondante baignait les

pauvres malades ; eh bien, 4 grammes de salicylate de soude divisés en huit paquets (à donner toutes les demi-heures un paquet dans un demi-verre d'eau sucrée) et répétés pendant les trois, rarement pendant les quatre premiers jours, par conséquent, en tout, 12 à 16 grammes suffiraient régulièrement pour remplacer les plus affreuses souffrances par un bien-être immense, par la disparition des phénomènes locaux, de la fièvre, par le retour du sommeil ; et, dans bien des cas, le traitement était alors terminé, les malades étaient guéris. J'affirme que, plusieurs fois, des malades habitant la campagne et que j'avais pris en traitement quand le rhumatisme était déjà généralisé, ne voulaient plus, au bout de cinq à six jours, se soumettre aux mesures de précaution que je croyais encore devoir leur recommander, et qu'au bout de ce temps ils ont repris leurs occupations, leur genre de vie antérieur, sans avoir à s'en repentir. D'autres—et ce sont les plus nombreux—n'étaient pas absolument quittes de leurs souffrances, il persistait quelques douleurs vagues qui, dans plusieurs cas, et surtout lorsqu'ils commettaient quelque imprudence, s'exaspéraient et reprenaient une intensité toujours moindre qu'à la première attaque, mais assez forte, néanmoins, pour commander le retour au remède, lequel, alors encore, ne manquait pas de produire promptement l'effet voulu. Ainsi, j'ai traité beaucoup d'individus atteints de rhumatismes articulaires aigus, qui n'étaient définitivement guéris qu'au bout de vingt jours ou d'un mois. Mais quelle différence entre la situation de ces malades soumis au salicylate et celle des sujets traités suivant les anciennes méthodes ! Que de souffrances épargnées et surtout quelle promptitude dans le retour des forces et de la santé générale, comparativement à ceux qui, jadis, avaient traversé un rhumatisme articulaire aigu d'une durée de six à huit semaines et même davantage ! Les complications, du côté du cœur, doivent forcément devenir plus rares et moins graves ; car l'endocardite et la péricardite guérissent avant d'avoir pu prendre un caractère inquiétant, et surtout avant d'avoir pu engendrer une maladie organique quelconque du centre circulatoire. Cette dernière affirmation, je l'émets avec une certaine réserve, parce que la médication salicylique n'est pas assez ancienne pour permettre de juger ses résultats au point de vue de ces résidus du rhumatisme. Cependant, il paraît naturel d'admettre que ces résidus ne seront plus ce qu'ils étaient autrefois ; j'ai, en effet, observé des péricardites rhumatismales qui guérissaient avec les arthrites concomitantes et sans que, plus tard, il persistât la moindre extension de la matité précordiale, le moindre bruit de frottement au péricarde. De même, j'ai

entendu des bruits de souffle dénotant un commencement d'endocardite, disparaître complètement avec le rhumatisme. Je constate, avec M. le docteur Pages, que la médication salicylique produit un ralentissement dans l'action du cœur ; mais jamais je n'ai vu les pulsations descendre à 40 à la minute. Il est vrai que je n'ai jamais administré le salicylate à des doses aussi fortes que les siennes. En même temps que le ralentissement des contractions cardiaques, j'ai observé une diminution de la température bien sensible au thermomètre, diminution toujours très-prompte et considérable (1, 2 et même 2 degrés et demi). Le salicylate de soude est donc antipyrétique ; mais il est en même temps le spécifique du rhumatisme articulaire aigu, car il fait disparaître promptement toutes ses manifestations sensibles et tout le monde sait que, dans cette maladie, la fièvre, appréciable au pouls et au thermomètre, n'est pas toujours en raison directe de la violence du mal ; j'ai vu des rhumatismes très-cruels, accompagnés d'un état de fièvre moyen (85 à 90 pulsations et 38°,5), et ces cas étaient guéris aussi sûrement que d'autres dans lesquels la fièvre était plus intense. Tels sont les résultats obtenus par moi dans le rhumatisme articulaire aigu, et j'ai soin d'ajouter que jamais je n'ai été dans le cas de dépasser la dose de 5 grammes de salicylate dans les vingt-quatre heures ; le plus souvent même, 4 grammes suffisaient.

Malheureusement, ce remède si efficace contre le rhumatisme articulaire aigu a complétement échoué entre mes mains, lorsqu'il s'agissait de traiter des rhumatismes musculaires, chroniques ou aigus, des affections névralgiques, la névralgie rhumatismale, c'est-à-dire cette névralgie, qui a tous les caractères symptomatiques d'une névralgie franche, mais qui se distingue de celle-ci par sa fugacité et parce qu'elle se manifeste ordinairement chez un individu déjà atteint d'un rhumatisme musculaire, auquel elle se substitue dans certains cas et pour un temps très-court. Contre ces sortes d'affections, je le répète, le salicylate s'est montré complètement inefficace entre mes mains. L'action antipyrétique du remède ne se manifeste pas dans la plupart de ces cas, parce que la fièvre est ici, en général, peu prononcée ; dans des cas même où celle ci se montrait plus ou moins forte, j'ai dû renoncer au salicylate, qui diminuait le pouls et la température sans guérir la maladie et sans même modifier la douleur.

Les injections de morphine, l'usage interne du chloral, les frictions excitantes ou autres, les révulsifs reprennent ici leurs droits ; mais je ne puis laisser passer cette occasion sans conjurer mes confrères d'être sobres avec les injections sous-cutanées ;

le malade en devient bien vite l'esclave, il subit une intoxication lente, et bientôt il tourne dans un cercle vicieux qui le fait recourir constamment à de nouvelles injections, pour se débarrasser des malaises et des souffrances qu'amène l'abus prolongé de la morphine, et je sais par moi-même ce qu'il m'a fallu d'énergie et de patience pour me déshabituer de ces injections après en avoir usé et abusé pendant cinq ans. J'ajoute, pour terminer ce que j'avais à dire sur l'emploi du salicylate de soude, que jamais, avec les doses que je prescris, ce remède ne m'a occasionné le moindre accident, ni chez les enfants, ni chez les adultes, ni chez les vieillards, et j'ai une confiance illimitée en son innocuité.

Dans une autre correspondance je me propose d'entretenir. si vous le voulez bien, les lecteurs du *Bulletin* de l'intoxication lente par les injections sous-cutanées des sels de morphine, et je ne m'appuierai, pour ce que j'aurai à exposer, que sur la longue expérience faite sur ma propre personne, expérience heureuse en ce sens qu'après cinq années d'abus de morphine, de souffrances et d'affaiblissemet graduel, j'ai enfin réussi à renoncer aux injections et à retrouver une santé que je croyais perdue sans retour.—*Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*,

—

Le génie des petites doses, par le Dr. Rousseau, de Charenton.—J'ai eu l'honneur de célébrer plusieurs fois devant vous le génie des petites doses, ou, si vous le voulez, des médicaments administrés à doses fractionnées, réfractées dit-on encore. Je vous ai parlé du calomel associé à l'opium, donné selon la méthode anglaise, depuis l'épidémie de Gibraltar, contre les dysenteries épidémiques. Nous n'avons pas toujours des épidémies à notre service. Eh bien ! prenez vous-mêmes, en cas d'embarras gastrique vulgaire, cinq centigrammes de calomel à la vapeur, divisés en dix paquets, un paquet, toutes les dix minutes : les écluses seront ouvertes. Prenez un gramme à la fois et le barrage résistera.

Je vous le disais encore : dans les fièvres puerpérales, Stoltz (à qui Paris seul a manqué pour le rayonnement) appliquait des larges vésicatoires sur l'abdomen et donnait le sulfate de quinine à doses réfractées, cinq centigrammes toutes les dix minutes jusqu'à un gramme et deux grammes. Je ne connais pas, Messieurs — et je parle en praticien — de meilleur traitement. Essayez, sous l'égide de Stoltz, et vous serez convaincus.

Broussonet, de Montpellier, grand amateur d'ipéca, était dosimétriste au sens étroit encore de la réfraction des doses, et

à 80 ans, on l'entendait répéter chaque matin : *Ipéca, fractà dosi.*

Parlerons-nous des syphilis invétérées que le sirop de Gibert à très-petites doses combat mieux, sans coup férir, que les doses massives d'iodure de potassium (n'en déplaise aux partisans de l'assommoir : c'est la mode) et d'iodure mercureux ou mercurique ? Nous arrêterons-nous à l'oxyde de fer, nuisible ou infidèle quand on l'ingurgite à la façon des Gargantua, et que certaines eaux minérales actives recèlent mais qu'il faut y découvrir ?

Dans certaines dyspepsies rebelles, donnez tous les matins, jusqu'à nouvel ordre, selon l'excellente méthode du professeur Potain, des paquets de magnésie, charbon, peroxyde de manganèse, et fuyez les purgatifs à grandorchestre ; vous réussirez mieux. Je pourrais multiplier les cas où le génie des petites doses se révèle. Nous nous inclinons tous devant lui, dosimétristes ou profanes des deux mondes ; les profanes, avec leurs cuillerées toutes les heures. Choisissons au hasard quelques exemples.

Dans un cas de tétanos traumatique, le docteur Highet prescrit soixante centigrammes de bromure potassique toutes les deux heures, dissous dans un peu d'eau. (*Glasgow méd.*)

Comme anthelminthique, le docteur Marynokowski recommande l'emploi de l'acide salicylique contre le tœnia. Il donne cinquante centigrammes toutes les heures, quatre fois. (*Lo Sperimentale.*)

Dans le *Medical and surgical reporter*, le docteur John Morris, de Baltimore, s'élève avec vigueur contre l'abus qu'on fait trop souvent des médicaments à doses trop élevées. Les petites doses, dit-il, sont les véritables doses thérapeutiques des médicaments. Elles seules provoquent l'action physiologique. Ainsi la digitale, ainsi l'alcool, l'opium, etc.

Morris conclut :

1° Que l'action physiologique réelle des médicaments est obtenue plus parfaitement par l'administration des petites doses fréquemment répétées ;

2° Qu'ainsi donnés, les médicaments sont accumulatifs dans leur action ;

3° Que l'effet des médicaments est grandement augmenté par la combinaison, le mode de préparation, le temps, le mode d'administration ;

4° Que les doses massives des médicaments agissant fréquemment comme irritants, produisent un état anormal du sang, comme il est montré à l'évidence par la production des conditions telles que le narcotisme, l'alcoolisme, l'iodisme, le quinisme, l'ergotisme, etc.

Mieux vaut en effet douceur que violence et vous verrez, messieurs, que l'on inventera encore la dosimétrie.

Ce que j'ai dit souvent, je n'ose le redire. Avec les alcaloïdes, je sais ce que je fais ; voilà pourquoi je suis dosimétriste. S'il est un seul médecin au monde, professeur ou non, qui puisse en dire autant toujours, avec ses plantes et ses mixtures, je cesse de l'être. (*Rép. de dos.*)—*Revue de Thérap. Méd.-Chir.*

—

Traitement de l'incontinence d'urine, par FARQUHARSON.—L'auteur rappelle, d'après Power, cette observation de Goltz chez des chiens dont la moelle était coupée. Le contact de l'anus avec une éponge mouillée froide déterminait une évacuation de la vessie, d'où la possibilité de rattacher certaines incontinences à des vers intestinaux. Dans un premier groupe l'auteur met les incontinences se rattachant à une faiblesse de tout le système et plus particulièrement de la moelle lombaire. —Traitement : toniques, surtout petites doses de fer.

A un deuxième groupe appartiennent les cas les plus rebelles. ordinairement congénitaux, occasionnellement héréditaires, dus à une faiblesse nerveuse, ou à une irritabilité de la vessie avec prédominence du pouvoir expulseur. Cette énurésie est diurne ou nocturne, celle-ci beaucoup plus difficilement curable que celle-là. L'auteur n'a pas eu ici à se louer de l'ergot, il lui préfère la belladone qui n'agit qu'à une dose suffisante pour qu'elle produise ses effets physiologiques ; et dans tous les cas son action est purement palliative. L'auteur n'est pas partisan de la santonine vantée par M. S. Ringer.

Dans le troisième groupe M. Farquharson place les cas qu'il se représente comme de la nature des névroses, espèces de chorée à siége lombaire ; il cite un cas où une chorée véritable a remplacé une incontinence. Dans de telles formes, le sulfate de zinc lui a réussi ; la strychnine, l'arsenic ne lui ont paru avoir qu'une action tonique.

La diète maigre, donnée même comme un spécifique, et qui n'agirait qu'en diminuant l'acidité de l'urine, l'auteur la proclame inefficace ; l'urine des incontinents ne présente d'ailleurs rien de particulier ; bien plus un des cas les plus rebelles lui a été offert par un enfant qui refusait toute espèce de viande.

L'auteur ne doutant pas que la cause de la maladie ne siége dans la moelle lombaire, propose l'emploi des contre-irritants sur la région lombaire (would it not be reasonable to attack the *fons et origo malorum* there by counter-irritation ?) Et il suppose que la chaleur pourrait produire une action opposée à

celle de l'éponge froide de Goltz. Le galvanisme doit aussi être essayé.

L'on réussira quelquefois en circoncisant ou incisant un prépuce trop long ou trop étroit, ou en élargissant avec Teevan un méat contracté. (*The Practitioner.*)—*Lyon médical.*

—

Efficacité du guarana paullinia dans le rhumatisme musculaire.—Le docteur RAWSON (de Philadelphie) préconise l'emploi du paullinia guarana toutes les fois que l'affection rhumatismale porte sur les muscles, sur leurs tendons, sur leurs aponévroses d'enveloppe. Il le fait prendre à la dose de 1 à 2 grammes par jour. C'est dans le traitement du lumbago que la paullinia donne les meilleurs résultats ; le le soulagement est presque immédiat après l'administration des premières doses ; seulement il faut avoir soin de continuer l'usage du médicament pendant dix à quinze jours, si l'on ne veut pas voir les douleurs revenir douze à vingt-quatre heures après la suspension du traitement. (*Tribune médicale* du 15 décembre 1878 et *Philadelphia medical times*, août 1878.)— *Lyon médical.*

—

Etude expérimentale sur le traitement de l'obstruction intestinale.—M. Laborde résume ainsi les résultats auxquels l'ont conduit ses expériences de physiologie appliquée à la thérapeutique sur la question de la colique hépatique :

1° Les conduits excréteurs biliaires sont doués de contractilité, et peuvent, par conséquent, entrer dans un état spasmodique sous l'influence d'une excitation directe ou indirecte ; cette contractilité est de la nature de celle des fibres musculaires lisses de la vie organique, et l'existence de ces fibres dans les parois des dits conduits est démontrée par l'anatomie histologique, parfaitement d'accord ici avec la physiologie expérimentale.

2° La muqueuse de ces mêmes conduits est douée d'une sensibilité très-vive, sensibilité se traduisant à la fois, sous l'action d'excitants plus ou moins intenses, par l'impression et l'expression douloureuses, par des phénomènes réflexes dont la manifestation immédiate est le spasme des canaux.

3° Ces phénomènes sont particulièrement déterminés par la présence et le contact de corps étrangers (calculs biliaires), dont la migration spontanée est par cela même rendue très-

difficile, et ne s'accomplit, lorsqu'elle a lieu, qu'après un temps plus ou moins long, avec cette particularité que ces corps peuvent remonter vers et dans la vésicule biliaire.

4° Les médicaments dits *anesthésiques* et *antispasmodiques* sont les mieux appropriés au traitement de cet état morbide, dont il est facile de réaliser expérimentalement les conditions mécaniques.

5° Ces médicaments, notamment la *morphine*, le *chloroforme*, l'*hydrate de chloral*, agissent en exerçant à la fois une influence anesthésiante et paralysante, d'où résultent la cessation de l'état spasmodique, la distension des conduits et l'accumulation du liquide biliaire qui agit sur le corps d'une *vis à tergo*, et le pousse vers l'intestin.

6° L'association du chlorhydrate de morphine avec le chloroforme ou avec l'hydrate de chloral, c'est-à-dire l'administration simultanée de ces agents médicamenteux, constitue le moyen le plus puissant d'obtenir les résultats dont il s'agit, savoir : l'insensibilisation des conduits biliaires, partant l'empêchement de l'impression douloureuse, et l'influence favorable sur la migration et la sortie rapide des corps étrangers. (*Trib. méd.*)*Revue de Thérap. Méd.-Chir.*

—

Traitement de la diarrhée chez les tuberculeux, par PETER.—1° *Diarrhée catarrhale*, régime et sous-nitrate de bismuth délayé simplement dans un peut d'eau. L'huile de foie de morue, si elle peut être incriminée, doit être remplacée par le koumys; additionner le lait, si utile aux tuberculeux, d'une cuillerée à café d'eau de chaux par tasse.

2° *Diarrhée par surcharge alimentaire et insuffisance digestive*, 1.50 *d'ipéca d'abord*, pour faire vomir, puis laxatif le lendemain, et alors surveiller le régime.

3° *Diarrhée par gastro-entérite par ulcérations*, régime sévère; petite quantité de lait, un œuf à la coque sans pain ou poché dans du bouillon, viande crue râpée par 20 gr. à la fois, vésicatoire volant à l'épigastre, bismuth, diascordium, thériaque, laudanum, enfin révulsion sur la peau abdominale avec des frictions sèches ou stimulantes (alcoolat de Fioraventi, de mélisse, eau de Cologne ou larges vésicatoires. Enfin, reste le nitrate d'argent en pilules de 0,01 ; une le premier jour, et aller progressivement jusqu'à 0,05. Graves est allé jusqu'à 0,25 cent.

4° *Diarrhée colliquative* contre laquelle la médecine est impuissante. (*Bull. thér.*, 30 avril.)—*Lyon médical.*

Injections intra-vésicales contre divers états morbides de la vessie, de la prostate et l'urèthre, par J. M. Ramos.—Ce travail contient vingt observations originales de blennorrhagies compliquées ou non de cystite, de prostatite, d'arthrite, et traitées par des injections intra-vésicales. Le *modus faciendi* est des plus simples : on introduit dans la vessie une sonde de gomme élastique qui sert à retirer l'urine, et à laquelle on adapte la canule d'une seringue à hydrocèle, on pousse l'injection de 2 à 4 minutes suivant le degré de tolérance. La quantité de chaque injection varie de 70 à 140 grammes ; la température doit rester entre 26° à 34°. Les liquides injectés consistent en une solution de nitrate d'argent, de sulfate de zinc, d'acide phénique à divers titres. La guérison s'obtient d'une manière générale et assez rapidement, même dans les cas demeurés rebelles à d'autres moyens de traitement.

Voici par quelles considérations l'auteur explique les résultats favorables obtenus par les injections vésicales : les maladies que ces injections sont destinées à combattre sont toutes des affections locales, et il faut employer un traitement local. L'administration, à l'intérieur, du copahu, du cubèbe, du goudron, de la térébenthine, etc., n'est pas exempte d'inconvénients et n'amène pas toujours le résultat désiré. Si l'on tient compte de la marche progressive de la blennorrhagie, depuis la fosse naviculaire jusqu'à la portion prostatique ou le col de la vessie, on comprend combien il est difficile de faire pénétrer une injection uréthrale assez profondément pour modifier toutes les surfaces malades. Au contraire, le siége du mal sera totalement atteint par le liquide médicamenteux quand celui-ci aura été préalablement introduit dans la vessie. Les bons effets des injections intra-vésicales s'expliquent encore par cette circonstance : ce contact du liquide médicamenteux avec la muqueuse uréthrale, au moment où cette muqueuse vient, sous l'influence du passage de la sonde, de subir un certain dégré d'excitation, et où les conduits glandulaires comprimés se sont débarrassés du produit de leur sécrétion, laissant ainsi leurs cavités facilement accessibles à la pénétration de la matière injectée.

Les indications et les contre-indications des injections intra-vésicales peuvent être formulées de la manière suivante :

Elles sont indiquées :

1° Dans les blennorrhagies chroniques dont l'écoulement a pour point de départ les parties profondes du canal de l'urèthre ;

2° Dans les blennorrhagies rebelles au traitement ordinaire (balsamiques, injections uréthrales, etc.) ;

3° Dans les cystites blennorrhagiques ou catarrhales ;

4° Dans les engorgements prostatiques d'origine blennorrhagique.

Elles sont contre-indiquées :

1° Dans les blennorrhagies aiguës ;

2° Dans les prostatites aiguës ;

3° Chez les sujets qui supportent mal le cathétérisme urethral. (*J. des sciences méd. de Lille*, août 1879.)—*Lgon médical.*

—

Théorie de l'action antihémoptoïque de l'ipéca, par Pécaolier.—L'ipéca est sédatif de la circulation, de la respiration, de la chaleur animale, mais surtout il est anémiant du poumon, il produit une véritable saignée pulmonaire ; certaine école l'aurait appelé *un spécifique d'organe ;* il est préférable de dire qu'il a une action spéciale sur le poumon. En outre, le foie des animaux empoisonnés par l'ipéca ne contient plus de glycose. L'émétique produit sur le poumon un effet opposé à celui de l'ipéca, il le congestionne souvent. Voici la formule antihémoptoïque proposée par M. Pécholier :

Ipéca concassé..... ʒjss

A faire infuser dans :

Eau bouillante ..... ℥iv.

Passer et ajouter :

Sirop de gomme..... ℥j

Une cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures.

L'adjonction de quelques gouttes de laudanum préviendrait le vomissement qui le plus ordinairement ne suivra que la première cuillerée. (*Bull. thér.*, 30 juillet.—*Lyon médical.*

—

Du nitrite d'amyle et de ses diverses applications. —Le nitrite d'amyle a été depuis un certain temps l'objet de nombreuses applications thérapeutiques faites surtout à l'étranger. En france, MM. Bourneville et C. Paul ont presque seuls expérimenté ce médicament, et cependant son utilité paraît incontestable. M. Dugau vient d'exposer dans un travail extrêmement complet ses recherches sur cette substance d'un usage encore tout récent. Laissant de côté tout ce qui a rapport à l'action phyiologique de ce médicament, nous résumeront la partie qui a trait à son emploi médical.

D'une façon générale, le nitrite d'amyle a été administré chez l'homme par la voie pulmonaire ; on a versé quelques gouttes de liqueur sur de la charpie ou linge quelconque et on en a fait inhaler les vapeurs. On doit recommander au malade de précipiter un peu plus sa respiration pour empêcher un mélange trop considérable d'air avec la vapeur médicamenteuse. Les doses employées ont varié de deux à dix gouttes ; ces doses peuvent être répétées plusieurs fois dans la journée sans produire d'accidents ; cinq gouttes constituent la dose qui a été le plus souvent employée ; mais l'accoutumance est très rapide en on est dans l'obligation d'augmenter les doses pour ainsi dire à chqaue inhalation.

Le nitrite d'amyle a été employé pour le traitement de l'angine de poitrine par un grand nombre de médecins ; et les résultats obtenus ont été en général favorables ; dans ces cas on faisait respirer la dose indiquée plus haut toutes les fois que l'accès menaçait de se produire et cela aussi bien dans des angines symptomatiques d'une affection cardiaque que dans les cas d'angines primitives. L'inhalation était rénouvellée aussitôt que l'accès menaçait de se produire, et on voyait en général le pouls diminuer de fréquence et l'angoisse disparaître peu à peu.. Chez certains malades les accès ont beaucoup diminué de fréquence ou même disparu complètement.

Le nitrite d'amyle a été employé aussi dans la lipothymie et la syncope, survenant à la suite de diverses circonstances ; mais c'est surtout dans le trajtement de l'épilepsie et de l'hystérie que son usage a paru être utile. M. Bourneville et avec lui un certain nombre de médecins ont vu que les accès d'épilepsie ou d'hystério-épilepsie était enrayés par l'inhalation de cette substance, soit qu'on la fit respirer au moment de l'*aura*, ce qui est la meilleure condition, soit qu'on ne pût la donner qu'alors que l'attaque était commencée. Quant à la question de savoir s'il y avait une influence sur la marche même de la maladie, elle est restée indécise.

Le nitrite d'amyle a été employé encore dans l'éclampsie puerpérale, et dans le tétanos traumatique ; il a pu même amener la guérison. M. Dugau rapporte aussi, d'après le Dr Fuckel, une observation de contracture des extrémités, dans laquelle la maladie constituée par des séries d'attaques douloureuses, a cédé après plusieurs inhalations.

La migraine a paru encore très heureusement influencée dans un certain nombre de cas par l'éther amyle-nitreux ; il en a été de même dans le traitement de certaines formes de mélancolie. Dans le mal de mer aussi les résultats ont été favorables. M. Claphan rapporte avoir fait inhaler le nitrite

d'amyle à 124 passagers en proie au mal pélagique ; chez 12, les vomissements furent supprimés. Trois, quatre, cinq, six gouttes les arrêtaient vingt-quatre heures au moins, quelquefois définitivement. S'ils se reproduisaient, on répétait l'inhalation et la guérison ne se faisait pas attendre longtemps. Nous citerons encore la coqueluche, la laryngite striduleuse, les névralgies de la cinquième paire, les convulsions des enfants, la syncope causée par l'oxyde de carbone, et la rage, comme ayant donné lieu avec des succès divers à l'emploi du nitrite d'amyle. Dans la rage, les phénomènes douloureux ont été grandement atténués. Mais un fait bien important à connaître, c'est que cette substance peut être très utile dans les accidents déterminés par le chloroforme; dans un bon nombre de circonstances, la mort imminente a pu en effet être prévenue par l'inhalation de quelques gouttes de nitrate d'amyle. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

—

Bons effets du sulfate de cuivre ammoniacal contre la névralgie de la cinquième paire (tic douloureux), par Féréol.—Pendant longtemps ce médicament a passé pour un quasi-spécifique de l'épilepsie (sel anti-épilepticum Weismani). Dans ces essais contre d'autres névralgies que celles de la cinquième paire, l'auteur a toujours échoué; mais il rapporte quatre faits favorables. L'élément congestion paraît tout particulièrement favorablement influencé, l'épiphora, l'écoulement nasal diminuent. Souvent se produit un état de de dépression des forces parfois accompagné de nausées. Voici le mode l'administration :

Eau distillée	℥iij
Sirop de fleurs d'oranger ou de menthe.....	ʒj
Sulfate de cuivre ammoniacal grs ij à iij	

A prendre dans les 24 heures, surtout au moment des repas. Malgré le goût métallique, la fétidité de l'haleine, il faut continuer la dose de grs ij par jour au moins 12 à 15 jours. (*Bulletin de thér.*, 30 avril.)—*Lyon médical.*

—

Traitement de la constipation chez les enfants.— On est très souvent embarrassé pour vaincre la constipation chez les enfants sans leur faire de mal. Chez quelques-uns

tous les moyens sont insuffisants. M. Bouchut prescrit alors le sirop suivant dont il indique l'emploi dans le *Paris-médical* :

Podophylline	gr 4/5
Alcool	ʒi
Sirop de guimauve	℥ij

On donne une demi-cuillerée à bouche au plus pour commencer. La cuillerée à bouche entière pèse 20 grammes, renferme un centigramme de podophylline, ce qui est une dose d'adulte. —*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

—

Du chlorhydrate de pilocarpine dans les pleurésies à marche lente, par LANDRIEUX.—Soit l'infusion de feuilles, ʒj dans 5 onces d'eau, soit l'injection sous-cutanée de sel alcalin, et une ou deux ont le plus ordinairement suffi, 0,10 cent. par injection (cette dose nous paraît très-élevée la solution est au 1/10, l'auteur ne relate cependant pas d'accident), constituent ici le meilleur traitement. (*Journ. de thér.*, 10 juillet.)—*Lyon médical.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

—

Le pansement de Lister, dans les services hospitaliers de Londres et devant les congrès de Cork et d'Amsterdam.—On a pu voir dans le compte-rendu de la consultation de M. Desprès, que ce chirurgien est loin de partager l'engouement de bon nombre de chirurgiens de notre époque, pour le pansement antiseptique phéniqué du professeur Lister. S'il faut en croire M. Henriet, qui a publié, dans la *Tribune médicale*, un intéressant travail intitulé : *Les chirurgiens et la chirurgie à Londres*, la généralité, au moins, des collègues de l'illustre opérateur anglais, serait loin de partager sa confiance dans une méthode acceptée à l'étranger avec un véritable enthousiasme. Il est à croire qu'en Angleterre il en est ainsi que dans tous les pays. On est naturellement enclin à réserver un bon accueil à ce qui vient de loin.

Au moment donc où, dans la plupart des services hospitaliers de Paris, le pansement phéniqué règne en souverain (sans

doute parce qu'il vient d'au-delà de nos frontières), il est intéressant de connaître l'estime qu'en font les chirurgiens de Londres, si bien placés pour en apprécier la valeur, M. Henriet va nous l'apprendre.

" Je m'attendais, dit notre confrère, à voir la méthode Listérienne appliquée partout avec enthousiasme, et j'ai été quelque peu surpris en constatant qu'en dehors du service de Lister et de deux ou trois autres, elle était inusitée, ou tellement modifiée qu'elle ne pouvait plus être rangée sous ce nom. Quelques chirurgiens n'en ont conservé que les vaporisations phéniquées, qu'ils emploient encore pour ouvrir un abcès par congestion, ou pour quelque autre opération de ce genre. Beaucoup, au contraire, se contentent de l'application des pièces de pansements usitées par Lister. Et, en somme, un très grand nombre n'ont gardé que l'acide phénique, qu'ils emploient sous forme d'huile phéniquée, dont ils imbibent un morceau d'étoffe de gaze ; et ils obtiennent, avec ce pansement des plus simples, des résultats certainement aussi complets que ceux obtenus par l'application absolue et sévère de tout le pansement Listérien, dans tous ses détails. J'ai vu aussi des amputations de jambe, par le procédé de Syme, cicatrisées en deux ou trois semaines : j'ai vu des plaies de résection du genou cicatrisées avec une rapidité vraiment remarquable.

Je déclare donc que, dans la plupart des services hospitaliers de Londres, le vrai pansement de Lister n'est pas appliqué, non seulement dans toute sa rigueur, mais même dans ses parties fondamentales ; et néanmoins, soit à cause de l'absence de vibrions septiques, soit pour une autre raison, il n'y a pas d'infection purulente dans les hôpitaux les plus encombrés de cette grande ville. Les opérations et les plaies les plus graves y guérissent avec une simplicité toute champêtre, les réunions par première intention y sont la règle ; et l'on se croirait à l'âge d'or de la chirurgie. J'ai déjà eu récemment l'occasion de montrer qu'il en est de même actuellement en France, et que bien des pansements pouvaient partager avec celui de Lister le titre d'antiseptiques. Quoi qu'il en soit, la manière dont je vois pratiquer maintenant la chirurgie à Londres comme à Paris, me confirme dans cette persuasion que l'hygiène hospitalière et la propreté dans les pansements sont pour beaucoup dans les succès actuels ; et c'est peut-être le plus grand mérite de Lister d'avoir appris à ses contemporains à être propres. "

C'est le lieu d'ajouter qu'au congrès annuel de l'*Association médicale britannique*, qui vient de se tenir à Cork (Irlande), sous la présidence du Dr. G. O'Connor, un des praticiens les plus distingués de Londres, le Dr. W. Savory, chirurgien de l'hôpital St-Barthélemy, a consacré un long discours :

1° A la réfutation de la théorie des germes. Ne voit-on pas chaque jour guérir des plaies qui en sont infectées ?

2° A la dépréciation du pansement de Lister. Les statistiques très encourageantes de l'hôpital St-Barthélemy établissent que de bonnes conditions d'aération et de propreté, les antiseptiques simplement employés aidant, permettent d'obtenir de non moins brillants succès, que par l'emploi de la minutieuse pratique Listérienne.

Pour édifier nos lecteurs sur l'état actuel de la question, signalons, enfin, l'accueil enthousiaste qui a été fait au professeur Lister dans la séance du 9 septembre dernier du *Congrès international d'Amsterdam*; présidé par le professeur Donders, d'Utrecht.

L'illustre chirurgien anglais s'est efforcé de répondre aux trois principales objections faites à sa méthode :

1° Tous les chirurgiens ne croient pas à l'influence nocive des germes. Un pansement qui a pour objet de s'opposer au développement des bacteries n'a donc pas sa raison. Telle n'est pas l'opinion de Lister, qui attribue une funeste influence aux corpuscules atmosphériques, dont l'existence n'est plus contestée par personne ;

2° Le pansement phéniqué détermine des accidents locaux (irritation de la plaie) et généraux (perte de l'appétit, vomissements, dépression organique, intoxication quelquefois mortelle). Selon Lister, il est aisé d'éviter de tels dangers d'une part, en s'abstenant de laver les plaies avec la solution phéniquée, d'autre part en n'employant que de l'acide phénique pur et en en suspendant l'emploi dès le moment de l'apparition des premiers symptômes d'intoxication ;

3° Le pansement phéniqué ne donne pas de résultats plus satisfaisants que les autres modes usités en chirurgie. Lister affirme que ceux qui nient la supériorité de sa méthode ne l'ont jamais appliquée d'une façon convenable. Aucune autre ne permet, ainsi qu'elle, d'ouvrir impunément les grandes articulations, les collections purulentes les plus larges et les plus profondes, etc.

Malgré l'enthousiasme avec lequel a été accueillie la communication du professeur Lister, l'éminent professeur d'Utrecht considère comme prématuré de prendre des conclusions favorables, qui engageraient la responsabilité du congrès.

On peut donc le dire : *adhuc sub judice lis est...*

Le principe de la méthode Listérienne est aujourd'hui accepté par tous les chirurgiens. Mais, ce qu'on ne saurait contester, c'est que la mise en œuvre comporte de nombreuses modifications. Il y a lieu de croire que cette importante question

demeurera quelque temps encore à l'étude.—*Revue de Thérap. Méd.-Chir.*

—

La lithotritie par la méthode expéditive.—On sait que Thompson, l'habile opérateur anglais, après avoir longtemps, ainsi qu'il est de règle, pratiqué lentement la lithotritie, en est venu, ainsi que Bigelow, de Boston, à *expédier*, selon son expression, les calculs avec une célérité qui, véritablement, entre des mains moins expérimentées, pourrait être tenue pour de la témérité. Le Dr. L. Henriet, qui a publié, dans la *Tribune médicale*, un très intéressant travail, ayant pour titre : *Les chirurgiens et la chirurgie à Londres*, rend compte, dans les termes suivants, d'une émouvante séance, à laquelle il a eu la bonne fortune d'assister.

" Après m'avoir présenté quelques calculeux récemment opérés avec succès, Thompson voulut me montrer ses actes.

Il avait choisi, pour cette démonstration, un cas qui n'était certes pas des plus favorables : il s'agissait d'un homme déjà âgé, obèse, asthmatique et emphysémateux, chez lequel il avait dû retarder pendant un certain temps l'opération, à cause même des complications re-piratoires. L'état des voies urinaires était assez satisfaisant : le calcul était volumineux et assez dur. Le chirurgien se proposait de mener cette lithotritie le plus rapidement possible, et d'en finir en une seule séance. Le patient fut endormi par les soins d'un médecin spécial, renommé pour l'administration des anesthésiques. Conformément à la pratique assez répandue à Londres, le sommeil fut obtenu en quelques secondes, à l'aide du protoxide d'azote, et maintenu ensuite pendant toute la durée de l'opération, avec l'éther. Dans l'espace de douze minutes à peine, Thompson fit huit introductions de lithotriteurs de trois calibres différents, pratiqua en moyenne quatre ou cinq prises à chaque introduction, broya tout le calcul et obtint l'évacuation de la plus grande partie des fragments. J'ai revu l'opéré quelques jours après : il était dans le meilleur état, sans fièvre, et dormant bien, tranquille du côté de ses bronches et commençait à sortir du lit. Je ne suis pas bien sûr qu'il ait fallu une ou deux séances courtes et secondaires, pour compléter l'opération.

Ce qui m'a en effet le plus frappé dans la pratique de Thompson, ajoute M. Henriet, c'est sa rapidité d'exécution. Il y a chez lui du prestidigitateur, dans la vitesse et la dextérité avec laquelle il manœuvre. Seule, l'introduction du lithotriteur reste relativement lente ; et par ce seul fait on reconnaît immédiatement qu'on est en face d'un opérateur non seulement

habile, mais prudent et expérimenté. Mais, dès que l'instrument est arrivé dans la vessie, la bataille s'engage entre lui et la pierre avec une rapidité et une vigueur incroyables ; les prises se succèdent et se multiplient, les mains et les doigts marchent, le bouton d'arrêt avance et recule, la vis tourne, les lithotriteurs sortent et rentrent avec une vitesse que l'aide, qui présente l'arme nouvelle, a de la peine à suivre. Au premier abord, on est presque effrayé de cette agilité audacieuse ; mais la sûreté de main, la précision des mouvements de l'opérateur vous rendent bien vite une confiance que le succès vient ensuite confirmer.

Je ne m'attarderai pas à parler des instruments dont Thompson fait usage : son lithotriteur à poignée cylindrique est bien connu ; quelques modifications, apportées en France, dans son système d'écrou, ont paru peu heureuses au chirurgien anglais. Mais il me permettra de dire, à cet égard, que chaque ouvrier aime l'outil dont il a l'habitude et a raison de le préférer, parce que sa main y est mieux adaptéé : il y a là une question d'accommodation personnelle qui transforme en défaut pour tel opérateur ce qui, pour tel autre, est un avantage. C'est d'ailleurs ce que Thompson lui-même a sans doute depuis bien longtemps reconnu ; et c'était à bien juste titre qu'il me proclamait cette nécessité de l'accoutumance, lorsque, me citant son expérience personnelle, il me racontait que, pendant de longues années et maintenant encore, il avait l'habitude, à tous les moments où ses mains étaient inoccupées, en voiture, devant sa table de travail, en lisant un livre, de tenir et de manier un lithotriteur, le faisant manœuvrer, saisissant à l'aveuglette un morceau de bouchon, une boulette de papier, un objet quelconque, de manière à entretenir entre sa main et son instrument cette intimité, cette familiarité si indispensables pour l'opérateur.

C'est grâce à sa longue expérience, autant qu'à son habileté naturelle, que Thompson a pu, comme il le dit, changer sa première manière, et adopter la méthode expéditive. Sans aucun doute, les perfectionnements apportés à l'instrumentation, la meilleure et la plus sûre administration des anesthésiques, l'usage de l'évacuateur vésical de Bigelow, heureusement modifié par Thompson, ont favorisé cette méthode. Mais le chirurgien anglais déclare lui-même que c'est à sa longue expérience et à la pratique constante de son art, qu'il a dû de pouvoir accélérer ses manœuvres, les accumuler sans danger en une seule ou deux séances relativement allongées, et rendre ainsi expéditif et rapide un traitement dont la lenteur est la règle ordinaire et aussi peut-être le principal inconvénient.

Sans aucun doute, il est à désirer que cette pratique de Thompson puisse cesser de lui être exclusive, à lui et à quelques autres opérateurs consommés ; car il est bien évident qu'il y a de grands avantages à débarrasser vite une vessie du calcul ou des fragments qu'elle contient. Mais il serait certainement dangereux de vulgariser dans la pratique courante la manière de Thompson, et de vouloir l'imiter d'emblée : l'adage ancien recommande d'opérer *tuto, cito et jucunde ;* et ce n'est pas sans raison que la sagesse des chirurgiens a placé la sécurité en tête de son précepte.

Surtout lorsqu'il s'agit de la lithotritie, il faut que le praticien sache bien qu'une longue et continuelle expérience peut seule lui donner le droit et les moyens de joindre la vitesse à la sécurité. Je suis d'ailleurs persuadé que je reproduis ici l'opinion de Thompson lui-même, car il est le premier à faire passer la prudence avant tout le reste."—*Revue de Thérap. Med.-Chir.*

—

Abcès ilio-fémoral.—Diagnostic différentiel.—(Prof. Gosselin.)—Un jeune homme âgé de seize ans, présente de l'intérêt, au point de vue du diagnostic différentiel. L'affection, dont il est atteint, en effet, est plns ou moins sérieuse, selon son point de départ.

Il convient, tout d'abord, d'établir un fait qui, dans le cas actuel, acquiert une grande importance ; car il peut, en quel que sorte, constituer la clef de voûte du diagnostic. Ce jeune homme vient d'avoir une fièvre typhoïde.

Ce renseignement commémoratif donné, il s'agit de déterminer la nature de l'affection actuelle, qui est constituée par une tumeur fluctuante, occupant les régions iliaque et sous-inguinale du côté droit.

Il convient de remarquer, tout d'abord, qu'il existe une communication entre ces deux régions, du pus que l'on peut faire refluer, par la pression de la main, au-dessous de l'arcade crurale.

Ces manœuvres sont peu douloureuses. La même remarque est applicable aux mouvements imprimés au membre.

Quelle est la nature de cette affection ?

S'agit-il d'une *arthrite coxo-fémorale ?* Dans ce dernier cas, il se produit également un effacement de la region de l'aine ; les mouvements de la cuisse déterminent de la douleur. On observe en même temps un abaissement de ce côté du bassin et un allongement du membre correspondant. La marche occasionne de la douleur. Le malade enfin, accuse également

une douleur de genou caractéristique de la coxalgie. Tous ces symptômes ne se produisent pas ici. Il en est un autre non moins pathognomonique, qui fait aussi défaut chez ce malade. Dans la coxalgie, il y a immobilisation de la cuisse sur le bassin ; les mouvements du fémur sont transmis au pelvis et à la région lombaire, qui se meuvent avec lui tout d'un pièce. Dans le cas présent, la cuisse peut se mouvoir en tous sens, avec une complète indépendance. Une circonstance est encore à noter. Ce jeune homme souffre de cette partie depuis un mois seulement. Dans la coxalgie vulgaire, la suppuration ne devient pas à ce point abondante en aussi peu de temps. Il faut 8, 10 et 11 mois pour que le pus se collige en une telle proportion.

S'il s'agissait d'une *arthrite coxo-fémorale sur-aiguë*, il pourrait se former promptement une abondante collection. Mais, en pareil cas il y aurait de l'immobilisation de la cuisse sur le bassin, il se produirait de la fièvre ; la marche serait impossible ; il y aurait, en même temps, perte de l'appétit et du sommiel, tous signes qui n'existent pas chez ce malade. L'hypothèse d'une arthrite coxofémorale doit donc aussi être écartée.

S'agit-il d'une *proïte?* Un caractère propre à cette affection fait ici défaut : c'est la flexion de la cuisse sur le bassin. Il est vrai que plusieurs fois M. Gosselin a reconnu à l'autopsie cette maladie, méconnu pendant la vie par suite dans la non productition de ce signe caractérisque. Toujours est-il que de pareils faits sont exceptionnels. Aussi, ne convient-il de ce ranger à cette opinion qu'à défaut d'une autre plus rationnelle.

Pourrait-on s'arrêter à l'idée d'un *abcès consécutif à une ostéo-périostite cronique ?* Mais cette affection donne lieu à des abcès froids, qui ont une marche lente.

Peut-on admettre une *ostéite aiguë ?* Cette affection s'accompagne d'un état tant général que local, que a complètement fait défaut ici.

Ne serait-ce pas un *abcès* consécutif à une *adénite de la region iliaque ?* Mais, encore une fois, on ne rencontre chez ce malade aucune tumeur bosselée, tenant à des ganglions enflammés. La tumeur, au contraire, est uniforme, sans lobes ni bosselures.

Par cette élimination successive des diverses affections qui pourraient donner le change. M. Gosselin arrive à poser un diagnostic qui lui semble légitime. Pour lui, il s'agit d'un *abcès idiopathique, développé dans le tissu cellulaire de la région iliaque* et ayant fusé dans le triangle crural, par la gaîne des vaisseaux féméraux.

Cette opinion semble d'autant plus admissible au savant pro-

fesseur, que le malade vient d'être éprouvé par une affection prédisposant d'une façon toute particulière à la production des abcès. C'est ainsi que cette donné commémorative lui a fourni un précieux élément de diagnostic. dans une affection d'ordre tout-à-fait insolite.

La même remarque est applicables au pronostic. Il est manifeste, en effet, que cette affection est moins grave que si l'abcès était la conséquence d'une ostéite ou d'une arthrite coxo-fémorale.—Dr Ch. FERANT.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Des taches vineuses et de leur traitement par les scarifications.—Balmano Squire a proposé et appliqué il y a deux ans une nouvelle méthode de traitement des taches vineuses par des scarifications multiples. La thèse de M. Colson, faite dans le service de Vidal à Saint-Louis, est consacrée à l'étude de ce moyen de traitement qui donne de bons résultats lorsqu'il est employé avec un peu de persévérance.

Voici comment opère M. Vidal :

" Après avoir fait ou non l'anesthésie locale, il fait tendre la peau par un aide et la tend lui-même dans le sens opposé de façon à avoir une surface lisse, tendue qui ne fuira pas sous le couteau... Puis prenant son salpel de la main droite, M. Vidal trace sur la tache sanguine une série d'incisions droites, parallèles à un millimètre environ de distance les unes des autres et profondes de un millimètre et demi. Puis faisant tendre la peau dans le sens opposé, il fait perpendiculairement aux premières et de la même façon de nouvelles incisions. On a ainsi un petit quadrillage limitant de petits carrés de peau de un milimètre. "

L'hémorrhagie est légère, le sang est étanché avec un peu de papier buvard. Si la tache est peu étendue on la scarifie en une seule séance et en plusieurs séances si elle est plus grande. " Le nombre des scarifications nécessaires est toujours considérable ; plus un nævus sera étendu plus il demandera du temps pour se modifier. Pour un nævus rose il faut au moins 15 à 20 opérations. Pour les nævi violets il en faudra un bien plus grand nombre, et si l'on songe que l'on ne peut guère faire plus d'une séance par semaine, on voit le temps que doit durer le traitement. "

On obtient ainsi avec du temps et de la patience l'atténuation notable ou même la disparition complète des taches, et cela sans trace de cicatrices apparentes.—*Lyon médical.*

Traitement de l'anasarque par le drainage capillaire —A côté du traitement de l'anasarque, exposé dans un des derniers numéros du *Lyon Médical*, nous croyons devoir faire connaître à nos lecteurs le drainage capillaire proposé et employé par le docteur Southey, de Londres.

Ce traitement consiste à introduire dans le tissu cellulaire sous-cutané, parallèlement à la peau, une ou plusieurs petites canules à l'extrémité libre desquelles s'adapte un tube en caoutchouc qui conduit dans un récipient le liquide exsudé. Les canules de Southey ont de un millimètre et demi à deux millimètres de diamètre ; il suffit d'en placer une de chaque côté, de préférence sur le dos du pied. La quantité de liquide qui s'écoule peut être considérable : elle varie, d'après Southey, de deux à trois litres par jour ; et dans un cas récent où nous avons appliqué la méthode, elle s'est élevée par deux canules de deux millimètres, à sept litres dans les premières vingt-quatre-heures.

On prend, soit pour le placement des canules, soit pour les pansements ultérieurs, toutes les précautions antiseptiques. Ces précautions doivent du reste être employées quelle que soit et si minime que soit une opération que l'on pratique sur des membres œdématiés. La clinique nous apprend avec quelle facilité ces membres deviennent le siége d'une inflammation érysipélateuse, et les recherches de M. Renaut ont démontré le lien qui rattache l'érysipèle à l'œdème.

On pourrait craindre que la présence d'une canule dans les tissus œdématiés ne provoque une vive inflammation. Les faits déjà nombreux de Southey, ce que nous avons pu voir nous-même nous permettent de regarder cette crainte comme peu fondée, lorsqu'on prend les précautions antiseptiques nécessaires. Nous n'hésitons donc pas à recommander la méthode de Southey qui est efficace, innocente, et a ce grand avantage de laisser les membres du malade chauds et secs, et qui permet de plus la récolte et l'analyse des liquides exsudés. (*Association française pour l'avancement des sciences*).—*Revue de Thér. Méd.-Chir.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Traitement des ephélides de la grossesse par l'acide chrysophanique.—D'après une note intéressante que nous a remise notre excellent confrère le Dr Auguste

Reverdin de Genève, MM. Neuman, professeur de dermatologie, et Braun, professeur d'accouchement à Vienne, ont eu beaucoup à se louer de l'emploi de cette substance, chez des femmes chez lesquelles le masque de la grossesse présentait une étendue considérable et persistait après l'accouchement, au delà des limites habituelles.

L'acide chrysophanique, on le sait, à été depuis peu beaucoup employé avec succès dans le traitement du psoriasis. Il détermine à la surface de la peau une irritation assez vive. Dans le traitement des éphélides, cette irritation détermine la chute de la couche épithéliale et de la couche sous-épithéliale ; sous l'influence de cette action, analogue du reste à celles des topiques au nitrate d'argent et autres, les taches pigmentaires disparessent pour ne plus revenir. Dans la pratique, il s'agit de déterminer une irritation suffisante sans la dépasser. Ceci est assez difficile, parce que la susceptibilité des peaux pour l'acide chrysophanique est très-variable.

Voici le procédé : on nettoie bien la place de la tache pigmentaire par un lavage au savon ; puis on fait une onction sans frotter avec la pommade suivante :

Acide chrysophanique.....	grs xv
Axonge.....	ʒx

On laisse sur la peau un linge imprégné de la pommade, mais de façon à ce qu'il n'en coule pas.

Ordinairement on fait ainsi trois où quatre friction à deux jours d'intervalle. Mais il faut tâter la peau, et s'il y a beaucoup de gonflement, on éloignera les frictions. Parmi les peaux les plus susceptibles, il faut compter la peau mince des rousses.

L'onction est suivie d'un peu de gonflment de la face avec cuisson modérée.

Les parties enduites deviennent rouges, puis noires, puis elles desquamment et la tache disparaît.

Il faut surtout prendre garde de laisser tomber de la pommade sur les paupières, qui subiraient alors un gonflement pénible.

M. Reverdin a vu à la clinique de Braun une jeune fille qui, très désireuse de voir disparaître un masque très-prononcé, malgré toutes les recommandations, s'était enduit abondamment toute la figure de cette pommade. Elle eut durant quatre ou cinq jours un gonflement et une teinte noire de la face qui la défiguraient absolument ; mais aussi fut-elle guérie et nottoyée absolument au bout de ce temps.

Il est inutile d'aller jusque-là, et, moyennant quelques précautions, en agissant modérément on est guéri sans douleur sérieuse ni gonflement hideux.

Il est probable que pour les taches pigmentaires en dehors de la grossesse on obtiendrait le même bon résultat.—*Revue médico chirurgicale.*

—

L'obstétrique à Siam; Exposition de l'accouchée au feu pendant trente jours.—Dans un article du *New Orleans medical journal*, le Dr Samuel House donne sur la pratique obstétricale dans le royaume de Siam des détails fort curieux. Les accouchements sont confiés à des matrones et rarement à des praticiens mâles aussi ignorants qu'elles, dont le but est surtout de chasser le démons qui retardent la délivrance. Cependant il leur arrive de faire des frictions violentes sur le ventre pour accélérer le travail et même de la masser vigoureusement en montant pieds nus sur le ventre de la pauvre patiente.

Mais ce qu'il y a de plus curieux dans leur pratique, c'est l'exposition de la mère, immédiatement après l'accouchement, à un feu vif. On là fait rôtir en quelque sorte en plaçant son abdomen nu et son dos à deux pieds environ d'un feu vif. Elle reste ainsi jour et nuit pendant trente jours, lors de son premier accouchement. Pour les suivants la période est diminuée chaque fois de cinq jours. L'explication théorique de cette coutume est la suivante. Le départ de l'enfant constitue une perte des éléments du feu intérieur; si on n'y remédie pas par la chaleur extérieure, il en résulte un ramollissement de tous les organes, de l'utérus, des mamelles, une altération du lait, etc., etc.

Pour cette torture volontaire on installe un brasier au milieu de la chambre. La femme est placés auprès du foyer, étendue à peu près nue sur une planche garnie de quelques nattes grossières. Elle a seulement un petit vêtement étroit sur les hanches. Puis là elle se tourne et se retourne de façon a présenter alternativement son ventre et son dos à ce feu parfaitement suffisant pour rôtir un poulet.

On songe ce que droit être ce supplice dans ce climat brûlant d'été perpétuel. Le mari ou la femme qui veille, comme le démon de ce brasier, l'entretient sans cesse, et seulement si la femme souffre trop, ont jette un peu d'eau sur le feu pour l'atténuer. Pendant toute la durée de l'épreuve la femme ne peut apaiser sa soif qu'avec de l'eau chaude. Ajouter à cela qu'il n'y a aucun tuyau pour permettre à la fumée de s'échapper.

Il est impossible de déraciner cette coutume si bien invétérée, et l'on voit des femmes succomber devant leur bûcher plutôt que de permettre qu'on les en éloigne.

Y a-t-il derrière cette coutume une idée religieuse de purification ? Cela est possible ! Elle a au moins ce bon résultat d'empêcher les femmes de vaquer à leurs occupations immédiatement, comme tant d'autres qui contractent ainsi une foule de lésions utérines et péri-utérines.—*Journal de médecine et de chirurgie.*

MÉDECINE LÉGALE.

Études sur la mort.—(*Suite.*)—Au mois de février 1848, à la suite d'une émeute, de nombreux cadavres jonchaient les Tuileries. On les mit de côté et on les couvrit de 0m 80 de sable. Louis-Philippe parti, Jollivet fit découvrir ces cadavres quatre heures après leur ensevelissement provisoire. Plusieurs blessés donnaient encore des signes de vie. Il en est parmi eux chez lesquels elle s'est prolongée durant cinq ou six heures.

La même expérience a été tentée sur des lapins. Ces animaux, recouverts de 0m 30 de sable, ont encore vécu de 5 à 12 heures. La preuve qu'il avait filtré de l'air, et que les lapins avaient véritablement respiré, c'est qu'on trouva du sable dans les bronches.

Les cas de mort apparente sont très-fréquents chez les nouveau-nés. On peut dire que les exemples en pullulent dans les annales de la science. En de telles conditions, il ne faut pas perdre courage. Plus d'une fois le retour à la vie a été la récompense d'efforts persévérants continués pendant cinq et six heures.

M. Brouardel rapporte un fait qui lui est personnel et où le succès a tenu aux conditions particulières dans lesquelles il s'est trouvé.

L'accouchement avait eu lieu dans la maison où se trouve la pharmacie Mialhe. Cette circonstance permit au médecin de se procurer des ballons d'oxigène. Il eut le bonheur, après deux heures de soins, de rappeler à la vie le nouveau-né.

Tardieu parle d'un enfant porté à la mairie pour faire constater sa mort, et qui revint en possession de la vie à son retour à la maison.

A propos de la mort apparente des nouveau-nés, se pose une grave question concernant l'aptitude à hériter.

Depaul a vu des enfants considérés comme morts, revenir à la vie trois et quatre heures après leur venue au monde. Tardieu a été témoin d'un fait analogue. En admettant qu'on ne parvienne pas à rappeler définitivement ces enfants à la vie, ils n'en ont pas moins respiré, donc ils ont vécu. Si la mort de la mère a eu lieu dans l'intervalle, ces enfants sont ils aptes à hériter ? On comprend l'importance de cette question de survie. Or, voici en quel sens se prononce la législation.

Si, à l'autopsie du petit cadavre, on ne constate aucune cause de non viabilité, il suffit que l'enfant ait été en possession d'une vie transitoire, ne fut-elle que d'une demi-heure, d'un quart-d'heure, pour qu'il soit déclaré apte à hériter, et à transmettre son héritage à qui de droit.

Si la mort apparente s'observe particulièrement dans les cas dont il vient d'être question, elle se produit également dans un certain nombre d'autres conditions.

A la suite de la submersion, de la pendaison, les actes nutritifs peuvent se suspendre quelque temps. Il en est de même chez les personnes bien portantes, à la suite d'une syncope. Lorsque cette dernière a lieu devant des témoins, l'erreur est généralement aisée à éviter, et il devient possible de rappeler le faux mort à la vie. Mais il n'en est pas de même quand un sujet est atteint loin de tout regard. Faute d'être secouru, ce sujet peut très bien passer d'une mort apparente à une mort définitive.

Les cas de mort apparente ne sont pas très rares, à la suite de la fièvre typhoïde, des fièvres palustres, du choléra.

On rapporte que la fille d'un président des Etats-Unis, à la suite d'une attaque de choléra, resta durant quatre ou cinq heures en état de mort apparente. Ce ne fut qu'après ce long délai qu'elle revint spontanément à la vie.

On a vu le même accident se produire à la suite des fièvres algides. Le retour à la vie a eu lieu à la fin de l'accès.

La mort apparente n'est pas rare à la suite de l'asphyxie par la vapeur de charbon. De semblables faits avaient été déjà signalés par A. Paré. Robin, le premier, a prouvé que, dans ces conditions, le sang se conserve longtemps sans s'altérer. Des expériences, à ce point de vue, ont été faites sur des chiens. Ces animaux, asphyxiés par la vapeur de charbon, ont pu être rappelés à la vie après trois heures de mort apparente.

Armand (de Nancy), rapporte le curieux fait suivant :

Un cuisinier, adonné aux liqueurs alcooliques, est trouvé étendu sur le carreau, en état de mort apparente. Un médecin aussitôt appelé lui pratique une saignée, à la suite de laquelle

il ne s'égoutte pas une goutte de sang. Deux heures après, Armand, appelé pour constater la mort, ne trouve pas que la figure du cuisinier présente l'aspect blafard caractéristique de la mort. Il secoue vivement le pseudo-cadavre, exécute la respiration artificielle, etc. Retour à la vie au bout de trois heures de mort apparente.

Faut-il parler de l'anesthésie qui, jusqu'ici, a donné un assez large contingent à la mort apparente ?

Le Dr. Josan a rapporté un cas assez curieux de cette nature, résultant de l'administration d'une énorme dose de narcotique. Une dame accoutumée, il est vrai, à l'action de la morphine, reçut un jour, en une seule fois, une injection de 0,60 de cette substance. Elle fut considérée comme morte pendant six heures, moment auquel elle fut rappelée à la vie. On a lieu de s'étonner qu'avec une telle dose de narcotique le décès n'ait pas été définitif!...

Les cas de mort apparente par intoxication alcoolique ne sont pas rares.

Les faits de ce genre nous viennent surtout de Suède et de notre Bretagne. Les ivrognes de Nantes, on peut malheureusement le dire, sont restés classiques. On rapporte à ce propos, ce fait assez curieux.

C'était au cœur de l'hiver. Un mendiant fut trouvé privé de vie sur le bord d'un fossé, non loin de la ville. Un médecin constata sa mort. On enleva le soi-disant mort sur un brancard et on le déposa dans la première chambre froide. Personne ne fut commis à la garde du malheureux. Le lendemain matin les fossoyeurs arrivèrent pour s'acquitter de leur sinistre besogne.

Le prétendu mort s'agite entre leurs mains. Pris de terreur, ils prennent la fuite... La mort apparente avait duré plus de douze heures. Toutes les formalités avaient été remplies. Rien n'y avait manqué, pas même la constatation du décès par un homme de l'art.

La fulguration a donné lieu a des cas assez nombreux de mort apparente méconnue par des médecins. Franklin en a signalé des exemples. Le fait suivant a été observé et relaté par Budin.

Notre confrère revenait d'algérie, quand vint à éclater un violent orage. Un matelot foudroyé fut examiné par le médecin du bord, qui constata sa mort. Le corps du matelot fut laissé toute la nuit sur le pont, exposé au vent, à la grêle. Au moment du débarquement, cet homme était plein de vie. Cette fois encore, la mort avait été constatée de la façon la plus officielle.

La congélation a fourni quelques exemples de mort apparente. De ce nombre est le cas de ce grenadier qui, en 1777, au siége de Strasbourg, flottait dans le Rhin, à l'état de glaçon, et qui fut rappelé à la vie.

La mort apparrente est assez fréquente à la suite de la commotion cérébrale. M. Brouardel se rappelle un cas assez curieux, dont il a été témoin alors qu'il était interne à la Piété. Un jeune femiste, âgé de 15 ans, tomba dans la rue de la hauteur d'un cinquième étage. Pendant plus d'une demi-heure, on ne put parcevoir aucun battement cardiaque. Il fut appelé à la vie au bout de trois quarts d'heure de soins.

§ 4.—Des conditions organiques qui prédisposent a la mort apparente.

Deux conditions prédisposent particulièrement à la mort apparente. Notons, d'une part, la débilité organique qui s'observe surtout aux âges extrême de la vie. Cette prédisposition est aussi le triste attribut des sujets hystériques. Dans tous ces cas, les actes vitaux sont réduits à leur minimum.

Tourdes parle d'un vieillard âgé de cent ans qui, réputé mort, avait été livré à la terre. A ce moment suprême, il se fit un certain bruit dans le cercueil. On en retira le prétendu cadavre qui revient à la vie. Ce vieillard a encore vécu quatre ans.

Au point de vue dont il s'agit les hystériques forment un groupe à part. Les conditions dans lesquelles s'accomplissent leurs fonctions organiques les prédisposent singulièrement à la mort apparente. Chez certaines hystériques, les actes vitaux sont à ce point déprimés, que les phènomènes observés chez elles ont pu être révoqués en doute. Ces femmes, on peut le dire, ne mangent ni ne boivent. M. Brouardel a eu dans son service une fille qui n'urinait que tous les 4 ou 5 jours. L'acide carbonique exhalé par les poumons était réduit à 1/5. La fraude, à la rigueur, serait possible dans les familles. Mais à l'hôpital, au milieu d'une surveillance attentive, toute dissimulation est impossible. Comment, par exemple, faire disparaître les produits excrémentiels ?

De tels sujets peuvent rester en état de mort apparente jusqu'à 48 heures. Dans les cas de cette nature, il est du devoir du médecin de ne donner le permis d'inhumation qu'après avoir épuisé tous les moyens de contrôle.

La mort par asphyxie n'est souvent qu'apparente. On a vu des individus, restés dans l'eau de une heure à cinq heures, revenir à la vie à la suite de persévérants efforts. Un fait curieux de mort apparente à la suite de pendaison, est celui qui a été rapporté par le Dr Jackson.

Un criminel avait été livré au supplice de la corde. Après 10 minutes de suspension, on enlève ce prétendu cadavre et on le porte au laboratoire, où on le soumet à la faradisation. Le pendu était en voie de ressusciter. Un étudiant, présent à l'expérience, s'empresse d'aller prévenir ses amis, pour les convier à ce spectacle nouveau. La police est aussitôt avertie. Le cœur avait repris à batttre ; la respiration s'établissait à nouveau. Cet homme était condamné ; il ne pouvait plus vivre. Le magistrat prit sur lui de suspendre une expérience qui promettait un si heureux résultat.

De même que les phénomènes vitaux se dépriment au maximum chez certains sujets (enfants, vieillards, hystériques, dans la phthisie pulmonaire, dans quelques intoxication, etc.), ainsi les actes de décomposition se font plus ou moins longtemps attendre selon les individus.

Casper, à la suite d'une émeute qui en 1848, coûta la vie à un grand nombre de personnes, a fait les observations suivantes.

Une trentaine de gardes nationaux fusillés ayant été enterrés dans les mêmes conditions, ce médecin constata, lors de leur exhumation, que le degré de putréfaction des cadavres était très dissemblable.

§ 5.—De la mort simulée.

Bien que ce fait puisse paraître étrange, il s'est trouvé quelques personnes qui, pour un motif ou pour un autre, ont simulé la mort. St. Alban parle d'une dame qui avait feint d'être morte, à l'effet de pouvoir partir avec son amant.

Un fait très-authentique de mort apparente à volonté est celui du colonel Towsnend. Ce colonel se plongeait à volonté dans ce dangereux état. Dangereux est bien le mot, car une dernière expérience lui a coûté la vie.

Tourdes a fait, à ce propos, de curieuses expériences. Sur un sujet atteint de carie sternal, il a pu s'assurer *de visu* qu'il était possible, par un certain artifice, de suspendre à volonté les actes de la respiration et de la circulation.

M. Brouardel a fait, chez Chauveau, des expériences à l'aide du cardiographe et du sphygmographe. Il a pu se convaincre qu'il est possible, durant deux secondes, de suspendre complèment les pulsations cardiaques. Chacun est à même de répéter sur soi cette épreuve. A cet effet, il faut effectuer une large inspiration, fermer la glotte, et faire ensuite une vigoureuse poussée, qui a pour effet d'augmenter la pression dans le système pulmonaire. Le sang se trouve ainsi refoulé, et l'impulsion cardiaque suspendue.

Il faut savoir, cependant, que cette expérience n'est pas sans danger. Un étudiant qui a cru bon de la répéter avec trop de conscience, a failli trop bien la réussir.

On rapporte, enfin, le fait d'un prisonnier d'étenu au mont St. Michel, qui possédait la même aptitude que le colonel Townsend. Il simulait la mort réelle. Réputé mort, il fut cousu dans un sac et jeté à mer. A l'example du héro d'Alexandre Dumas, une fois à l'eau, il se dégagea de son suaire, et gagna la côte à la nage...

§ 6.—De quelques phénomènes vitaux se produisant après l'extinction de la vie.

Il faut bien savoir que l'organisme ne meurt pas en bloc. Un certain nombre d'actes vitaux persistent après la mort. Le dernier soupir, pour parler comme les poètes, ne constitue donc pas le dernier terme de l'existence. Ainsi, deux ou trois heures après la mort, l'iris se dilate démesurément. Puis il ne tarde pas à se contracter de nouveau. Ce double effet est le résultat de l'antagonisme entre de moteur oculaire commun et le grand sympathique.

Cl. Bernard a prouvé que la fonction glycogénique persiste encore quelques heures après la mort.

A l'autopsie, on trouve assez souvent l'estomac perforé, chez des sujets qui n'avaient éprouvé aucun trouble du côté du ventricule. En pareils cas, l'estomac se digère lui-même.

Chez certains cadavres, surtout lorsque la mort a été la conséquence d'une affection zymotique, il se produit des contractions musculaires assez énergiques pour déterminer des craquement articulaires. C'est le *craquement des morts*...

C'est à la contraction musculaire unie au relâchement du sphincter anal, qu'il faut attribuer l'évacuation *post mortem* de l'intestin. C'est ce qui explique pourquoi *les morts se vident*.

La contraction musculaire peut persister fort longtemps après la mort. On en voit la preuve dans le fait suivant relaté pas le Dr Pinard, de Versailles.

Le cadavre d'une femme enceinte fut retiré de la Seine, après une submersion de douze à quinze jours. Le cadavre fut porté à la Morgue. Ce fut là qu'eut lieu l'expulsion spontanée du produit.

Il faut voir là les effets de la putréfaction. Sous l'influence de la décomposition cadavérique, il se développe des gaz abdominaux, qui n'ont pas de peine à vaincre la résistance des sphincters, privés de leur ressort. C'est dans de telles conditions que l'on a vu, plus d'une fois, non seulement l'expulsion

du produit, mais le renversement complet de l'utérus, projeté entre les cuisses du cadavre.

Un phénomène cadavérique qui a beaucoup préoccupé l'esprit public, et qui tient à un même ordre de faits, la contraction musculaire *port mortem*, est celui auquel on a assigné la dénomination de *mordicatio mortuorum*.

Dans les instants qui suivent la mort, il se produit un abaissement du maxillaire inférieur. Bientôt la mâchoire revient sur elle-même. Si la langue dépasse les arcades dentaires, elle subit, entre les dents, une véritable morsure. Quelquefois on a pris cette empreinte avec de la cire molle.

C'est à un même ordre de faits qu'appartient l'éjaculation spermatique qui se produit surtout dans les cas de mort rapide. Ce phénomène n'est donc pas caractéristique de la seule pendaison. Il est le résultat de la contraction ultime des vésicules spermatiques.—Dr Ch. BERTRAND.—*Revue de Thérapeutique Médico Chirurgicale.*—(*A suivre*).

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, NOVEMBRE 1879.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

La Science et le Charlatanisme en médecine.

—

E pur si muove, et pourtant la terre tourne, disait Galilée devant ses juges. Et avec son mouvement de rotation, se déroule le vaste panorama, dans toutes ses variétés, de la nature sous les différents climats, sous les différentes saisons. *E pur si muove*, théorie sublime! que le génie de Copernic avait bien entrevue, mais qu'il n'osa défendre,.... qui nous rappelle que tout marche : les planètes dans l'espace, et l'homme vers Dieu, c'est-à-dire vers le bien, vers le beau, vers le vrai; c'est-à-dire encore vers la science, qui comprend tout cela... *E pur si muove*, l'heure du plaisir est passée,... la vacance est finie; l'homme d'étude rentre dans son cabinet, pour y continuer des travaux inachevés, et en commencer d'autres; et l'élève revient prendre la place sur les mêmes bancs, à l'Académie, comme à l'Université. Travailleurs de la science, maîtres et élèves commencent une nouvelle année scientifique, c'est-à-dire prennent de nouveau le sentier, où ils ont déjà planté des jalons les années précédentes : la tâche se continue avec ardeur et avec fruit, parce qu'un mobile commun les conduit tous : l'ambition d'apprendre et de dire un jour comme Archimède, *Eureka*, ou comme Galilée : *E pur si muove!*

Le grand nombre de chercheurs fait trouver plus vite, comme la compétition oblige au perfectionnement. Une nouvelle école de médecine à Montréal conduira certainement à ce double but. Dans notre pays surtout, ou certainement, la science est encore à se traîner avec effort, comme un enfant, au lieu de prendre un noble et puissant essort vers ses régions élevées, dans notre pays, dis-je, le mouvement est nécesaire, sinon les nations marchant à grand pas sur le chemin du pro-

grès scientifique pourront supposer que nous préférons l'opinion de Josué à celle de Galilée !

J'ai dit que la compétition dans le travail oblige au perfectionnement : c'est là la devise du manœuvre comme de l'ouvrier de la science. Mais dans le domaine de la science, il n'y a pas de progrès sans le concours de l'autorité. L'autorité est nécessaire partout, pour le bon fonctionnement de la chose publique ; partout, mais surtout elle doit sa protection à la science, parce que la science, c'est l'avenir du genre humain. Elle aide la science en lui votant des secours, et en la protégeant contre l'envahissement de l'erreur, du mensonge du charlatanisme qui se glissent partout et surtout ici ; car rien de plus commun que les faux savants, et rien de plus malheureux pour la société.

Le charlatanisme, plaie hideuse qui nous ronge, qui veut nous tuer, qui paralyse les efforts du mérite et lui enlève son triomphe dans les ténèbres, a trouvé sur la terre du Canada, je pourrais dire sur la terre d'Amérique, des éléments de subsistance qui l'ont engraissé, au point qu'il n'ose pas croire à l'amaigrissement rapide ni à la mort : tant le succès enivre ! Mais l'alliance de l'autorité et de la science tuera l'hydre, l'écrasera et il ne se relèvera pas.

C'est là l'espérance que toutes les Ecoles de Médecine de la Province de Québec doivent avoir quand on considère la position que la loi vient de prendre contre l'envahissement du charlatanisme. Je dis " toutes les Ecoles de Médecine de la Province de Québec, " parce qu'aucune ne peut refuser de marcher avec la loi quand elle lui accorde généreuse protection : ne pas seconder les efforts de celle-ci serait alors s'opposer à son fonctionnement et se déclarer ouvertement pour le triomphe de l'erreur qu'elle veut combattre, du charlatanisme qu'elle veut détruire. Mais de quelle manière, me dira-t-on, la dernière loi médicale attaque-t-elle particulièrement le charlatanisme cette fois-ci ? On a droit de demander cette explication et je me hâte de la donner. Ecoutez.

Qu'est-ce que le charlatanisme ? Calepin, Ménage, Casaubon, donnent trois étymologies différentes au mot charlatan : le premier le fait dériver de Ceretano, qui en italien, signifie habitant du bourg de Cereto ; le second, de circulator, circitor, promeneur ; le troisième, de ciarlatore, babillard. Voilà pour les étymologistes.

Les dictionnaires, malgré que nous donnant une synonimie plus heureuse, ne nous en font guère mieux comprendre le sens. En effet, pour l'un, c'est un bateleur ; pour l'autre, c'est un saltimbanque ; pour un dernier, c'est un vendeur de drogues.

Mon Dieu ! il n'y a pas matière à ictère dans tout cela. Et si le charlatanisme ne comprenait pas d'autre signification que toutes celles que je viens de citer, je n'aurais nulle envie d'en parler. Car que m'importe qu'on soit de Cereto, voyageur, babillard sur la place publique, ou danseur à la mode, ou bateleur émérite ; tous ces différents états peuvent être très louables en eux-mêmes, et tous ces différents individus me paraissent très moraux.

Qu'est-ce donc encore une fois que le charlatanisme médical ? Attention ; il faut définir. " Le charlatanisme médical est tout acte par lequel des médecins pris séparément ou *collectivement* dérogent aux lois d'honnêteté, de morale, qui dans la profession médicale doivent être autant, sinon plus scrupuleusement observées que dans aucune des nombreuses conditions de la société."

Envisagé à ce point de vue, qui nous semble exact, le charlatanisme prend des proportions gigantesques puisqu'il peut ne pas craindre de pénétrer dans nos vastes enceintes universitaires. C'est en effet ce qui est arrivé ; et c'est parceque cela est arrivé que la loi est venu au secours de la médecine, et lui a dit avec fermeté : je vais te protéger.

Cela est arrivé, quand une université s'est arrogé le droit de de faire des étudiants en médecine avec des élèves qui ne possédaient pas les connaissances requises, puisque ces mêmes élèves ne pouvaient montrer des certificats satisfaisants. Peut-on supposer, n'est-ce pas, qu'un élève de méthode ou de versification est suffisamment qualifié pour étudier une science aussi vaste que la science médicale. Non, non, mille fois non !

Cela est arrivé, quand un diplôme a été donné à des individus bien et dûment reconnus comme n'ayant pas d'autre qualification que celle d'un gousset garni aux dépens de la santé publique !

L'autorité avait donc droit de s'alarmer, et j'ai donc droit de dire que nous devons être fiers du secours généreux qu'elle est venue nous porter dans la dernière loi médicale, parce que celle-ci ne reconnaît maintenant qu'à un bureau spécial d'examinateurs le droit de faire subir les examens pour l'admission à l'étude de la médecine, et nous assure ainsi que les droits de la profession ne pourront plus être sacrifiés aux intérêts des écoles.

Il était temps. Si nous voulons guérir un organe malade, il nous faut bien souvent chercher la cause de la maladie dans un autre organe. Si nous voulons détruire le charlatanisme des individus, commençons par détruire le charlatanisme *collectif*. La vénalité professée collectivement, conduit à la la vénalité individuelle. Or le charlatan n'est pas autre chose que la vénalité personnifiée.

Union Bichat.

—

A une assemblée tenue par les étudiants en médecine de l'Université Laval à Montréal le 9 octobre, ces messieurs convinrent de se réunir tous les quinze jours dans un but d'instruction mutuelle et de former un cercle auquel ils donnèrent le nom de " Union Bichat."

L'Union Bichat a pour but :

1o De cimenter l'union des dtudiants de la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal ;

2o De s'instruire mutuellement par des lectures et des discussions.

Voici le résultat des élections :

Président, M. Flavien Dupont, bachelier en médecine ; Vice-Président, M. Damasse Carrière, bachelier en médecine ; Secrétaire-Trésorier, M. Alfred Savard, bachelier en médecine ; Membres du comité de régie, MM. Gustave Demers, Benjamin Joannette et Isaïe Cormier.

Séance du 22 Octobre 1875.

Présidence de M. Flavien Dupont, Bachelier en médecine.

Après avoir disposé des affaires de routine, on procéda à la discussion du sujet suivant :

" Doit-on euployer le chloroforme dans les accouchements naturels. " MM. Demers, Carrière, Mallette, Dupont, Joannette et Cardinal firent les frais de la discussion.

A la prochaine réunion on discutera sur le sujet suivant : " Les membranes de l'embryon et du fœtus font-elles partie constituante de l'embryon et du fœtus lui-même."

Et la séance est levée.

ALF. SAVARD, *Sec.-Trés.*

VARIÉTÉS.

—

Empoisonnement par la noix muscade.—Le Dr Barry dans le *Saint-Louis clinical record* rapporte l'observation suivante. Une dame de trente-huit ans, mère de quatre enfants, accoucha le 29 juin 1879 d'un très bel enfant. Accouchement

facile ; légère crise hystérique après la dernière douleur. Le 30, de vieilles femmes l'engagèrent à prendre de l'infusion de muscade.

On employa une noix et demi pour faire l'infusion et elle la but dans la journée. Vers dix heures du soir elle s'endormit profondément. A quatre heures du matin la stupeur était profonde. A dix heures les effets de la muscade diminuaient et vers quatre heures du soir elle était bien réveillée. Les symptômes étaient à peu près ceux observés avec l'opium.

On emploi souvent la muscade comme condiment mais sans se souvenir de ses propriétés narcotique. A ce titre, cette abservation est intéressante.—*Journal de medecide et de chir.*

—

Population de l'Europe.—Dans les dénombrements faits en différentes contrées on a toujours constaté que le nombre des femmes est supérieur à ce-lui des hommes.

En Europe, il paraît y avoir, terme moyen général, 1,050 à 1,055 femmes environ pour 1,000 hommes, ou 17 à 20 de ceux-ci contre 19 à 21 de celles-là.

Mais ces proportions s'éloignent vraisemblablement un peu des proportions naturelles, qui ne sauraient être déterminées avec exacitude.

1° Le quart des vivants a communément moins de 10 ans.

2° La moitié n'atteint pas 30 ans dans les pays où la population est la plus heureuse, ni 20 dans ceux où elle ne l'est point.

3° Au-dessous de 40 ans, il faut compter des sept-dixièmes aux huit-dixièmes de la population totale.

4° Passé l'âge de 50 ans, c'est un cinquième à un huitième, à un neuvième de tous le vivants.

5° Passé l'âge de 60 ans, c'est un neuxième à un neuvième et demi.

6° Passé l'âge de 70 ans, on ne pourrait pas trouver plus d'un trentième à un vingt-cinquième.

Enfin, sur 100 vivants, il n'y en a jamais plus d'un qui ait 80 ans ou davantage.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

DÉCÈS.

A St. Antoine (Rivière Chambly), le 1er novembre, à l'âge de soixante-huit ans, Dame Josephe Emérande Cartier, épouse de J. Bte. Desrosiers, Ecr., M.D.

Madame Desrosiers était la mère de notre estimé confrère et collaborateur M. le Dr H. E. Desrosiers, auquel nous offrons nos plus sincères condoléances.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du traitement moral de l'hystérie.

Extrait d'une leçon clinique du Dr Hubert La Rue, professeur à l'Université-Laval, Québec.

1*er cas*.—En 1862, un de mes anciens compagnons d'école vint me chercher pour aller voir sa petite fille âgée de 8 ans et malade depuis six semaines. Le docteur qui la soigne, me dit-il, prétend qu'elle *a les fièvres*, mais ces fièvres ne finissent plus.

J'allai voir l'enfant que je trouvai couchée dans un lit; elle était pâle, affaiblie, mais sans aucun indice de fièvre. Je demandai à la mère ce qu'avait l'enfant. Je ne sais pas, me dit-elle ; elle a un sac d'avoine sur le *creux de l'estomac* et aussi longtemps qu'elle le porte elle est bien, mais aussitôt qu'on le lui enlève, elle *invente* les cris.

Ne comprenant pas quelle relation il pouvait y avoir entre un sac d'avoine et une maladie, je demandai à la mère si quelqu'autre substance ne produisait pas le même résultat. Elle me répondit qu'un sac de sel chauffé avait le même effet.

Je fis enlever le sac et aussitôt l'enfant commença à crier.

Quelques secondes après je fis remettre le sac et les cris cessèrent.

Alors je conclus que j'avais affaire à un cas d'hysterie.

Le père me reconduisit chez moi et me demanda ce qu'il y avait à faire.

—Si c'était mon enfant je la plongerais dans un bain d'eau froide.

—Ma femme ne consentirait jamais à un pareil traitement.

Comme dernière ressource, je lui recommandai de dire à sa petite fille que j'irais la revoir le lendemain et que si elle n'était pas mieux je lui appliquerais des mouches de la tête aux pieds, que c'était des *gestes* qu'elle faisait. De plus je lui dis qu'il fallait la brusquer.

Le père et la mère firent ce que j'avais prescrit et le lendemain on vint m'annoncer que l'enfant avait eu peur des mouches, qu'elle avait beaucoup pleuré, crié, mais que le matin même elle s'était levée, habillée et qu'elle était très-bien.

2*e cas.*—Une nuit, vers une heure, on m'appelle en toute hâte pour voir une fille qui se meurt dans la côte de Léry. Elle était âgée de 18 ans. Je dis qu'il n'y avait pas de danger.

Rendu à la maison, je vois cette fille étendue sur un lit, sans mouvement, les paupières closes, pas de chaleur à la peau.

Je demandai au père où la jeune fille avait passé la soirée. —Ici, monsieur, mais elle a eu quelques mots avec son *cavalier*.

On me permit d'*instituer* le traitement à ma guise. Je lui parlai très fort, la gourmandai, lui ouvris les yeux et la fis asseoir. Cinq minutes après elle était dans le salon et parfaitement bien.

3*e cas.*—Je suis appelé, un jour, pour une pauvre fille depuis quelque temps sous les soins des élèves du Dispensaire. Elle poussait les hauts cris et se plaignait d'un point de côté. La maison était remplie de jeunes gens. Je me fis un chemin au milieu de cette foule et j'arrivai au lit de la malade. Je constatai qu'il n'y avait pas de chaleur à la peau, que le pouls était naturel, mais qu'elle avait l'œil hystérique.

Votre fille n'est pas malade dis-je au père.

Alors, je lui proposai de me laisser instituer le traitement à ma façon ordinaire, l'informant que peut-être il faudrait la plonger dans une tonne d'eau froide qui se trouvait à la porte. Le père m'ayant dit qu'il y consentait, je simulai un grand accès de colère, et, je dis à la fille qu'elle devait avoir honte de faire de pareilles simagrées en présence de ces jeunes gens, qu'elle ruinait sa réputation, et que, si elle n'était pas mieux le lendemain j'aurais à lui faire prendre son bain. Pendant tout ce temps elle poussait des cris désespérés.

Le lendemain, en passant par là, je vis ma cliente de la veille, assise dans un coin de l'appartement; elle m'accueillit en riant.

4*e cas.*—Un jour, une servante est prise de laryngite. Après consultation je me décidai à la saigner, mais je n'y pus réussir vu que j'avais oublié cette pratique surannée.

L'attaque dura 5 à 6 heures, puis cessa et revint le lendemain. Je compris alors que j'avais affaire à un cas de laryngite hystérique.

J'avertis cette fille que si elle ne cessait pas de râler, je l'enverrais à l'hôpital. Cinq minutes ne s'étaient pas écoulées qu'il n'y avait plus de laryngite.

5*e cas.*—Etant en consultation un jour avec le docteur J. B. Blanchette, chez les Sœurs de la Charité, une religieuse me demande de voir une servante de la maison, souffrant de pneumonie et en danger de mort. J'allai voir la servante ; la peau était à l'état naturel, le pouls aussi, et rien n'indiquait une maladie grave. Je parlai très-fort, lui dis qu'elle n'était pas

malade et que si elle n'était pas mieux le lendemain il faudrait la mettre à la porte. La jeune fille pleura beaucoup et le lendemain elle était à son ouvrage.

6*e cas.*—Un jour, au sortir des salles de l'Hôtel-Dieu, j'aperçois une jeune fille soutenue par deux hommes ; sa jambe gauche était repliée sur elle-même et était dans cet état depuis six semaines.

Je diagnostiquai : hystérie. Je lui ordonnai de marcher, elle ne le voulut pas. Alors je fis remplacer les deux hommes par deux étudiants, et, brusquement, je la laissai tomber. Elle se releva seule et marcha.

Il arrive fréquemment que des jeunes filles ont des crachements de sang dus à l'hystérie, et, il a toujours suffi, dans les salles de l'Hôtel-Dieu, de menacer ces malades de l'expulsion pour les guérir complètement. Il est toujours facile de distinguer ces cas, vu qu'alors, le sang est en petite quantité et la salive en abondance.

On a nié que l'hystérie pût se rencontrer chez l'homme. J'en ai vu deux cas : le premier était un adulte ; l'autre, un enfant d'une dizaine d'années, qui avait des convulsions hystériques ordinaires. Dans ce dernier cas, l'hystérie était due à la présence de vers dans les intestins.

3 novembre 1879. E. O. CLOUTIER,
Etudiant en Médécine à l'Université-Laval, Québec.

De la saignée dans l'hémorrhagie cérébrale,

Par le DR. A. DAGENAIS,

Professeur de Tocologie à l'Université-Laval de Montréal.

Mr. le Rédacteur,

Je vois dans le numéro du 15 octobre dernier de la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, de Paris, qui avait reproduit mon article sur l'apoplexie, deux correspondances traitant de la saignée dans l'hémorrhagie cérébrale. Dans la première de ces correspondances, Mr. le Dr. Rousseau, d'Epernay, se prononce franchement et carrément pour la saignée.

" Deux fois, dit notre savant confrère, j'ai été menacé d'apoplexie ; deux fois j'en ai été préservé par la saignée, tandis qu'un de mes amis, chez qui les prodromes de cette maladie étaient beaucoup moins intenses que chez moi, mais qui n'a rien fait, en a été frappé, n'a voulu prendre qu'un vomitif et

est mort d'une attaque foudroyante, survenue douze heures après la première ; et qu'un autre qui a pris un fort purgatif, n'en a pas moins été frappé le lendemain de ce purgatif, et est mort quelques heures après l'attaque. "

Ces faits sont loin, pour moi, de prouver l'efficacité de la saignée dans l'*hémorrhagie cérébrale ;* ils fournissent seulement une preuve de plus, que j'avais raison de prétendre que le mot *apoplexie* devrait être retranché du cadre nosologique. L'honorable correspondant nous dit que, deux fois, il a été sauvé de l'*apoplexie* par la saignée ; il n'y a là rien d'étonnant ni de contraire à ma manière de voir, si par *apoplexie* il entend la congestion cérébrale. Dans cette maladie, tout le monde s'accorde sur l'efficacité des émissions sanguines, et dans mon article, j'admets que la saignée doit être alors employée sous toutes ses formes.

De plus, la manière prompte dont sont morts les malades dans les cas qu'il cite, me porte à croire qu'ils ont *été* frappés non d'hémorrhagie, mais de congestion cérébrale. En effet, c'est principalement dans l'hypérémie cérébrale que la mort arrive d'une manière foudroyante ; c'est à cette espèce d'apoplexie que se rapportent tous les accidents connus sous le nom de *coups de sang.* Dans l'hémorrhagie cérébrale, en général, la marche est plus lente ; le malade peut bien perdre subitement le mouvement et la connaissance ; il peut bien être frappé de paralysie dans une étendue plus ou moins grande de son corps, mais il est extrêmement rare que la mort soit instantanée. Cela n'arrive que lorsque l'épanchement sanguin est très considérable et situé à la bâse du crâne.

Alors la paralysie peut être complète, et la mort très prompte ; cependant, il est facile pour le médecin de diagnostiquer un cas de ce genre d'avec une congestion cérébrale. Car dans l'hémorrhagie de cette gravité, le pouls n'est pas aussi plein, ni aussi dur ; la face au lieu d'être vultueuse comme dans la congestion est pâle et anxieuse ; la chaleur de la tête est plutôt diminuée qu'augmentée, tandis que dans l'hypérémie, elle subit toujours une augmentation notable.

En outre, en admettant que tous les cas dont parle M. le Dr. Rousseau soient vraiment des cas d'hémorrhagie cérébrale, il me semble un peu hasardé d'en conclure que la saignée doive toujours être pratiquée dans cette maladie. Si les adversaires des émissions sanguines voulaient recourir aux statistiques, ils auraient beau jeu. Pendant plusieurs siècles, la saignée a régné en souveraine dans le traitement de l'hémorrhagie cérébrale, et cependant, il faut bien l'avouer, parmi ceux qui ont été frappés par cette maladie et qui ont été soumis à la phlébo-

tomie, le nombre des victimes a été beaucoup plus considérable que celui des guérisons.

Le savant correspondant de la *Revue* admet que la saignée ne peut pas enlever le caillot, " mais, dit-il, elle peut empêcher une seconde attaque, prévenir l'inflammation et favoriser la résorption du caillot ; car il est bien certain que la résorption devient plus active quand la plénitude des vaisseaux diminue, soit par l'évacuation, soit par l'amaigrissement. "

D'abord, il est douteux que la saignée empêche une seconde attaque d'hémorrhagie cérébrale ; tous les jours, on voit arriver le contraire.

Puis, avant de prendre les moyens de prévenir une seconde attaque, il me semble qu'il serait plus rationnel d'employer ceux qui seraient propres à guérir la première qui menace la vie du malade, et le tient paralysé. Or en affaiblissant le patient, a-t-on plus de chances d'arriver à ce but ? Là, est toute la question. M. le Dr. Rousseau a l'air de répondre dans l'affirmative, en disant que la saignée peut prévenir l'inflammation et favoriser la résorption. Mais si pour prévenir l'inflammation, on favorise le ramollissement du cerveau, sera-t-on beaucoup plus avancé ? Je ne le pense pas.

Quant à l'action de la saignée sur la résorption du caillot, je ne saurais l'admettre pour la raison suivante ; il est certain que la saignée, soit générale, soit locale, est impuissante à faire disparaître les ecchymoses ; or si elle est inefficace contre les épanchements sanguins dans un tissu pourvu d'un aussi grand nombre dé vaisseaux absorbants que la peau, à plus forte raison son action sera-t-elle nulle quand l'épanchement a lieu dans un organe aussi pauvre que le cerveau en vaisseaux de cette espèce. M. le Dr. Rousseau termine ainsi sa correspondance : " Que les maladies des artères les rendent moins capables de résister à une impulsion exagérée imprimée au sang, cela se conçoit aisément ; mais que cette maladie détermine, soit l'apoplexie, soit le ramollissement, sans une impulsion exagérée du sang, voilà ce que je ne puis admettre ; car si cela était ainsi, l'état du malade ne pourrait pas rester stationnaire ; il devrait toujours aller en s'aggravant et amener toujours une mort prompte, puisque sa cause persisterait. "

En présence des faits et de l'opinion presqu'unanime des auteurs, il est difficile de comprendre la position que prend ici notre savant confrère. Que l'impulsion exagérée du sang soit *quelquefois* la cause de l'hémorrhagie cérébrale, personne ne le nie ; mais, que les maladies des artéres n'en soient pas souvent et très souvent l'unique cause, c'est ce que je ne saurais admettre. Les circonstances sous lesquelles cette maladie survient,

l'âge de ceux qu'elle attaque de préférence, la fréquence avec laquelle elle se répète chez le même individu, la grande force de résistance des vaisseaux sanguins à l'état sain, tout concourt à prouver que l'hémorrhagie cérébrale est souvent dûe aux maladies des artères.

Dans un grand nombre de cas, l'hémorrhagie survient pendant le repos ; il n'est pas rare de la voir frapper sa victime dans la rue, dans l'église, pendant une conversation peu animée, et souvent même pendant le sommeil, alors que l'esprit et le corps sont dans le plus grand calme. On ne peut certainement trouver là, rien qui motive une impulsion exagérée du sang.

Les personnes avancées en âge sont plus sujettes à l'hémorrhagie cérébrale que celles qui sont plus jeunes ; et nous savons que chez les vieillards, les conduits artériels sont toujours plus ou moins malades. Sans ces maladies des artères, il serait difficile d'expliquer cette prédisposition à l'hémorrhagie cérébrale chez les personnes d'un certain âge ; car, chez elles la circulation n'est pas aussi active que chez les jeunes gens, et si l'hémorrhagie était toujours dûe à un raptus sanguin violent, elle devrait être plus rare chez les premiers que chez les derniers.

Ceux qui ont eu une première attaque d'hémorrhagie cérébrale en ont souvent une deuxième, une troisième et même une quatrième à des intervalles plus ou moins rapprochés. La maladie des conduits artériels fournit une explication satisfaisante de ces rechutes qui finissent presque toujours par emporter les malades ; tandis qu'il est difficile, sinon impossible, de trouver une cause qui donnerait au sang une impulsion exagérée aussi fréquemment et avec des résultats aussi funestes.

Enfin la force de résistance des vaisseaux sanguins à l'état sain, est très grande ; pour nous en convaincre, il suffit de nous rappeler la pression qu'ils subissent, sans se rompre, chez les saltimbanques qui marchent pendant plusieurs minutes, la tête en bas : il en est de même de ceux qui font des tours de force dans les cirques. Les veines du coup se gonflent, les yeux s'injectent, la face devient violacée et tout indique que les vaisseaux de la tête sont gorgés de sang ; et cependant, jamais ou presque jamais, il n'arrive d'accident.

L'hypertrophie concentrique du cœur devrait être souvent suivie d'hémorrhagie cérébrale, si une impulsion exagérée du sang était suffisante pour déterminer cette dernière maladie ; et l'expérience prouve qu'il n'en est rien. Watson, ce grand observateur, déclare qu'il n'a jamais rencontré d'hémorrhagie cérébrale causée par l'hypertrophie du cœur.

C'est, sans doute, à cause des raisons que je viens d'énumérer, corroborées par l'anatomie pathologique, que tous les auteurs que j'ai consultés sont unanimes à admettre les maladies des artères comme cause fréquente d'hémorrhagie cérébrale. Monsieur Peter va même jusqu'à affirmer, que non seulement les vieillards, mais aussi les goutteux et les rhumatisants sont plus sujets à cette maladie, parce que leurs vaisseaux sanguins subissent souvent des transformations crétacées. Quand vous verrez, dit-il, un vieillard ou un goutteux avoir une attaque d'apoplexie, vous pourrez pronostiquer sans crainte une autre attaque, et que votre patient mourra de cette maladie, parce que chez lui, les artères, sont malades. Si cette manière de voir de l'éminent clinicien de la Pitié est confirmée par les faits et l'expérience, il restera bien peu de cas d'hémorrhaghie cérébrale qui pourront être assignés à une autre cause qu'aux maladies des artères.

Dans la seconde correspondance de la *Revue de thérapeutique*, M. le Dr. Damoiseau, d'Alençon, après avoir cité un fait pour prouver le danger de la saignée dans l'hémorrhagie cérébrale, dit que pour lui, ayant reconnu ce danger, il a l'habitude de substituer à la phlébotomie, des ventouses sur les régions fessières. D'après l'honorable correspondant, si les émissions sanguines doivent être avantageuses au malade, sous l'action des ventouses, le pouls se relève et devient même bondissant; tandis que si elles doivent être nuisibles, le pouls baisse et diminue. Puis il ajoute: " Autant je suis d'accord avec le médecin de Montréal sur le danger de la saignée dans l'apoplexie, autant je ne saurais le comprendre quand il ajoute: dans l'hémorrhagie cérébrale, il ne faut pas perdre de vue que c'est le caillot qui est toute la maladie...

La prétention que les émissions sanguines en favorisent la résorption n'est nullement fondée. Quand un médecin est appelé pour des maladies où il y a un épanchement sanguin dans les tissus, il ne lui vient jamais à l'idée de recourir aux émissions sanguines. Pourquoi, alors le ferait-on pour le cerveau, si cela ne convient pas ailleurs."

Je suis heureux d'être d'accord avec M. le docteur d'Alençon, au moins sur un point, et j'espère qu'après quelques mots d'explication, nous nous accorderons sur plusieurs autres.

Quand j'ai dit qu'il ne fallait pas perdre de vue que le caillot était toute la maladie, j'ai voulu par là, indiquer que la paralysie, la perte du mouvement et de la connaissance, que tous les symptômes enfin, qui accompagnent une hémorrhagie cérébrale sont dûs à la compression que le caillot exerce sur le cerveau; que le malade ne peut guérir qu'en faisant cesser cette compression.

Quant à l'effet de la saignée sur la résorption du caillot, comme je ne veux pas me répéter, je prendrai la liberté de renvoyer mon savant confrère à ce que j'en ai dit, en réponse à M. le Dr. Rousseau.

L'autorité de Flourens n'est pas nécessaire pour me faire admettre la curabilité des appoplexies et la résolution spontanée du caillot apoplectique; tous les auteurs que j'ai étudiés, tant Français qu'Anglais, me l'ont enseigné ; s'il en était autrement, il n'y aurait jamais de guérison dans l'hémorrhagie cérébrale.

Avant de terminer, j'ajouterai, que de mon côté, je ne saurais comprendre l'honorable correspondant quand il parle de considérations plus " anatomiques que médicales." Jusqu'ici, j'avais toujours compris que l'anatomie faisait partie des sciences médicales, et que l'anatomie pathologique surtout, avait beaucoup fait pour l'avancement de ces sciences. C'est elle, en effet, qui nous montre les désordres que la maladie produit dans l'économie ; et en nous faisant connaître la nature exacte de ces désordres, souvent elle nous en indique la cause, et quelquefois le traitement. Si l'anatomie pathologique ne conduisait pas à des résultats pratiques, sa connaissance ne serait alors qu'une érudition de luxe, bonne, tout au plus, pour celui qui fait de la médecine dans son cabinet, mais inutile au praticien.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Du traitement du rachitisme, par le docteur DAUVERGNE, père.—On a dit depuis longtemps et l'on dira toujours : *Naturam morborum ostendit curatio.* Ainsi Trousseau dit dans sa *Clinique :* " Ce qui contribue encore à faire penser que l'ostéomalacie et le rachitisme ne sont qu'une même maladie, c'est que l'une et l'autre sont merveilleusement combattues par la même médication." (Ouvr. cité, p. 488.) Je dis pareillement que dans la chlorose, comme dans le rachitisme et le scrofule, sauf certaines particularités individuelles, le

traitement de ces maladies est le même et qu'il dérive surtout des mêmes indications.

C'est ainsi que je distingue tout d'abord dans la chlorose, la scrofule, le rachitisme et l'ostéomalacie des chlorotiques, des scrofuleux, des rachitiques hyper et hypoalbumineux, suivant qu'ils sont gras ou maigres, comme je l'ai établi et expliqué dans divers de mes ouvrages, notamment dans mon hydrothérapie générale et le traitement des scrofules (*Bulletin de Thérapeutique*, mars 1871).

Déjà Warthon et mon illustre maître Alibert avaient reconnu deux espèces de scrofules, comme Marsall-Hall et d'autres avaient constaté une chlorose aiguë (*chlorosis fortiorum* de Stoll) et une chlorose chronique. Distinction clinique que, dans le cas de scrofule comme de chlorose, j'ai étayée en montrant, dans le cas d'amaigrissement, d'émaciation, la diminution de l'albumine dans le sang, et dans l'autre cas de graisse et d'embonpoint, l'excès d'albumine. Excès d'albumine qui est tout aussi pathologique, s'il n'est toujours le premier degré de l'affection, soit parce que les organes élaborateurs ont fourni une albumine imparfaite, soit que des lymphatiques n'ont pu transformer cette albumine en suffisante quantité de fibrine.

Toujours est-il que les faits que j'ai produits, comme toutes les expérimentations physiologiques de Tiedmann, J. Muller, Gosselin, Burdach, Magendie, Collard de Martigny, Lhéritier, etc., attestent que la sanguification provient de la lymphe, comme celle-ci d'une transformation digestive de la substance même du corps. C'est ainsi que M. Dubois (d'Amiens) avait pu constater un excès de fibrine chez des phthisiques. Mais, alors, c'est dans la période de consomption, pendant que les malades résorbent leurs propres substances et vivent sur cette autophagie. " C'est seulement, dit J. Muller (*Manuel de physiologie*, t. I, p. 287), lorsque la substance alimentaire (chyle ou lymphe) se trouve contenue dans les vaisseaux lymphatiques qu'elle acquiert la propriété de se coaguler, et plus elle avance dans le système lymphatique, plus cette propriété devient prononcée, c'est-à-dire plus il y a de transformation d'albumine en fibrine."

Burdach et Lhéritier corroborent entièrement mes observations lorsqu'ils disent: " *La diathèse albumineuse* provient d'une assimilation, abondante mais incomplète, qui se dénote par un sang vermeil, visqueux, mais *pauvre en fibrine*. Cette diathèse est propre aux phthisiques et aux scrofuleux, parce que *la respiration et l'assimilation* s'exécutent d'une manière incomplète. Il se forme *moins de fibrine et de sels terreux ;*

ciel. Une dame très-érudite et charitable me montrait dernièrement une famille scrofuleuse et quatre enfant qui coulaient de partout (*sic*), excepté le cinquième, qui n'avait pas été nourri par la mère, mais par une chèvre.

J'agis d'après les mêmes principes pour les enfants sevrés. Ainsi une mère chlorotique et très-grasse, par conséquent hyperalbumineuse, eut deux fille dont l'aînée, rachitique, mourut d'une affection cérébrale à l'âge de quatre ans. La seconde, toujours nourrie par la mère, à trois ans n'avait pu marcher ; elle avait tous les caractères du rachitisme : *articuli duplicati*, comme disaient les Allemands, elle était grasse, la tête volumineuse, les reins particulièrement faibles. J'ordonne le séjour à la campagne et de tenir presque toujours l'enfant dehors, des iodures ferrugineux, des sucs de viande, des viandes crues, des herbages, surtout tirés des crucifères, des choux, des raves, du cresson ; pas de farineux ni de lait. Cette enfant se remit dans l'espace d'une année tellement bien, qu'aujourd'hui, âgée de dix-sept ans, elle est une des plus belles filles, des plus robustes et mieux constituées que je connaisse. Toutefois, à l'âge de quinze ans, bien qu'elle fût réglée depuis deux ans, sans peine ni secousse, elle devint chlorotique. Mais les parents, très-soigneux, à la première manifestation me consultèrent. J'ordonnai avec la gymnastique des promenades prolongées et matinales dans la campagne, mes pastilles de carbonate ferreux dont j'ai donné la formule dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. XXIII, p. 257, 1842), un régime alimentaire animalisé et tonique. Enfin, après quelques récidives en été, elle s'est entièrement rétablie, et avec toutes ses belles formes elle a acquis aussi une fort belle coloration qui ne paraît pas devoir l'abandonner.

J'emploie comme tout le monde les phosphates, les pyrophosphates de chaux, quoique je soit persuadé qu'il s'agit moins de donner une telle substance que de disposer l'organisme à se l'approprier, à l'assimiler ; puisque l'observation a montré que les urines des rachitiques renferment souvent du phosphate de chaux, et indiquent ainsi que l'organisme ne peut le retenir. C'est donc toujours sur l'hématose, la constitution en général, la diathèse en un mot qu'il faut agir.

J'ai cité plus haut une jeune fille de quinze ans extraordinairement chloro-anémique, issue de deux générations d'anémiques, tellement chétive, qu'on aurait pu la prendre pour une enfant de huit ans. Elle était d'une pâleur jaune-cire, verdâtre, transparente, présentant tous les bruits artériels. Dans cet état de l'hématose, sa colonne vertébrale s'incurva, puis petit à petit ses membres se tordirent dans la plus extrême ostéoma-

lacie et elle finit par présenter sur divers points de sa surface cutanée des petits abcès qui, une fois ulcérés, ne se cicatrisèrent plus. Ils produisaient non pas du pus, mais une sérosité sanguinolente. Tout en donnant des ferrugineux à l'intérieur, de l'huile de foie de morue, des phosphates de chaux, et en essayant de quelques moyens orthopédiques arrêter, sinon corriger, ses diverses déviations, je crus qu'il y avait aussi quelque vice scrofuleux et je faisais panser ses plaies avec des pommades iodurées qui restèrent sans effet. Il me vint alors en idée d'employer des pommades au sulfate de fer, de lotionner ces plaies avec une solution de ce sel, et par ce moyen j'obtins quelques résolutions, notamment au pied droit, et des cicatrisations pour les abcès qui étaient ulcérés. Mais cette demoiselle qui habitait le département du Var, fut ensuite traitée par un autre médecin qui revint aux iodures *extra et intra*, les plaies s'aggravèrent, son ostéomalacie fit de grands progrès et la malade finit par succomber peu après,

Ce fut là un des premiers cas qui me démontrèrent que dans les constitutions débiles, anémiques, hypoalbumineuses, l'action altérante, atrophiante de l'iode était contre-indiquée, tandis que ces diverses préparations, même des purgatifs répétés, étaient très favorables sur des sujets phlétoriques, c'est-à-dire hyperalbumineux. Ajoutons que dans des états aussi graves qué celui de la malade dont nous venons de parler, le traitement dans la famille et surtout dans des maisons de médiocre aisance, ne peut se terminer heureusement, parce qu'il est toujours très-incomplet. C'est le cas d'employer concurremment les bains d'air comprimé, les bains de mer, les ferrugineux, l'huile de foie de morue, les solutions phosphatées calcaires, toutes les ressources d'un régime alimentaire animalisé et toniqué, même d'utiliser la respiration de l'oxygène pur. Trousseau dit en effet : " Déjà bien souvent j'avais eu à gémir de mon impuissance dans des cas de cachexies anémiques et je cherchais une arme dont je pusse utilement me servir. Je dois à M. Demarquay d'avoir pu, dans certaines circonstances, rappeler à la vie des femmes que je regardais comme perdues. Le moyen consistait à leur faire respirer du gaz oxygène pur." (Ouvr. cit., p. 64.) L'hydrothérapie, la balnéation marine compte aussi des succès que l'on doit d'abord à l'accomplissement plus parfait de la respiration, comme je l'ai démontré dans mon *Hydrothérapie*, 1853. Malheureusement, dans la plupart des cas, le médecin n'a à sa disposition que le séjour à la campagne et les bains du ruisseau de la prairie, lorsque la répugnance pour celui-ci n'est pas invincible.

La respiration est la fonction primitive la plus essentielle à une bonne hématose, partant une des conditions les plus efficaces à opposer presque à toutes les diathèses. Avec elle exercée librement, entièrement, on obtient de plus réelles transformations que ne peut produire aucun médicament. J'ai cité ailleurs nombre de nos petits paysans scrofuleux de nos villes et de nos villages guérir par les travaux des champs. Lugol faisait descendre ses malades les plus graves et leurs lits sous les tilleuls des cours de l'hôpital Saint Louis. Ainsi la chlorose que j'ai appelée *aiguë* se guérit très bien par les ferrugineux, le régime, et souvent spontanément par la saison d'hiver, qui fournit à la respiration un air plus condensé; mais la chronique est à peine influencée par les remèdes, tandis que le séjour à la campagne, surtout les travaux des champs, à la longue en triomphent. C'est ainsi que je n'observe pas de paysanne laborieuse, chlorotique, habitant la campagne, si ce n'est quelques exceptions où l'on découvre toujours la gâterie de la mère, l'influence héréditaire ou les occupations sédentaires de la couture, de la paresse et du séjour à l'intérieur.

Dans le pensionnat du couvent de la Présentation à Manosque, j'obtiens plus de la gymnastique sur la chlorose que des ferrugineux. Avec la gymnastique et l'huile de foie de morue j'y ai redressé et transformé des bossues. Mais cette huile, comment agit-elle ? Est-elle avant tout un élément respiratoire ? Aide-t-elle ainsi à brûler les hydro-carbures, c'est-à-dire la graisse, la chondrine, l'albumine, pour conserver les matériaux fibrineux les mieux assimilables, les globules rouges qui renferment le phosphore et les phosphates ? J'aime à le croire ! Cependant je le réserve dans le rachitisme comme dans la scrofule, dans la tuberculose, pour les cas où la constitution est hypoalbumineuse, affaiblie ou émaciée et de laquelle on ne peut exiger une gymnastique suffisante.

On le voit donc, la science comme la pratique amènent à ces conclusions que nous devons dans le traitement de ces diathèses compter bien plus sur les conditions hygiéniques produisant des effets et des résultats physiologiques que sur les remèdes, ceux-ci n'ayant que des actions passagères, jamais sur l'essentialité du mal ; stimulantes ou altérantes, dont il faut toujours surveiller les effets, pour qu'elles ne dépassent pas le but. Enfin, toute cette grande question, pour ne pas allonger ce travail outre mesure, peut se résumer ainsi :

Conclusions.—1° Le rachitisme prend sa source dans un état particulier du sang des ascendants ;

2° Cet état parait être, d'après les faits cliniques et toutes les expressions de la science, une aglobulie, qui entraîne elle-même un défaut de phosphore et de phosphates ;

3° Ce qui le prouve, c'est que les cas de rachitis les plus graves reconnaissent pour origine la descendance la plus nombreuse de parents anémiques et de mères profondément chlorotiques ;

4° Un état de graisse exubérante chez les parents, n'étant qu'une transformation de l'aglobulie et une assimilation exagérée des matériaux albuminoïdes, produit aussi le rachitisme, parce qu'il résulte encore d'une hématose altérée, comme l'anémie, par les mêmes infractions hygiéniques ; la vie sédentaire, l'oisiveté, l'habitation dans des lieux étroits et confinés : toujours défaut d'oxygénation et de combustion ;

5° Chloro-anémie, graisse exubérante, rachitisme, scrofule, proviennent évidemment d'un plasma analogue, puisque ces affections naissent les unes des autres, se transforment alternativement et dérivent toutes d'un défaut de respiration puissante, d'exercices et d'efforts musculaires répétés et continués chez les divers ascendants ;

6° Il s'agit moins de nourriture appropriée que de respiration parfaite et d'exercices qui utilisent mieux les aliments puisque l'oisiveté empêche de profiter suffisamment des mets les plus succulents ;

7° Pour empêcher le développement et la propagation du rachitisme il fut donc chercher à éteindre la chloro-anémie et ses transformations. On le guérit en guérissant l'aglobulie :

8° Pour l'enfant de naissance qui ne peut faire d'autre exercice que par ses cris, il faut le laisser crier assez souvent ; il lui faut une nourriture suffisante et souvent exclusive, du lait d'une nourrice saine, musculeuse et laborieuse, ou à défaut du lait de chèvre ou de vache, toujours à la campagne et le plus possible à l'air libre. On éloignerait ainsi le rachitisme, tout en diminuant la mortalité par d'autres maladies ;

9° Après le premier âge, dans l'enfance des jeux; des exercices gymnastiques, de l'hydrothérapie, des bains d'air comprimé, la respiration de l'oxygène pur, toujours une nourriture proportionnée à l'âge et à l'organisme ; en régénérant ainsi les globules rouges, on finirait par régénérer notre espèce et fortifier les générations futures ;

10° Les travaux des champs devraient être encouragés, relevés ; le paysan, le père nourricier de la société, devrait devenir la plus chère sollicitude des Etats. Soumis à une douce constante et bienveillante surveillance, il devrait avoir droit à des récompenses et des distinctions ;

11° Des ouvriers sédentaires, ceux des villes, devraient être préservés de leurs mauvaises conditions hygiéniques, et on devrait récompenser ceux qui ne compromettent pas leur

santé et celle de leur famille par le tabac et l'alcool, et qui se préparent des jours heureux par leur travail, leur économie et leurs bonnes habitudes ;

12° Enfin pour changer nos mauvaises conditions hygiéniques et nos mœurs, il faudrait perfectionner nos lois et les faire descendre jusqu'à la protection de l'individu, puisque nos révolutions ont pulvérisé la société jusqu'à lui. Alors notre liberté ne serait plus un abandon antinomique avec les progrès scientifiques de notre époque.—*Bull. général de Thérapeutique.*

—

Du séjour prolongé dans les écuries à vaches, dans le traitement de la tuberculose.—Cette méthode a été fortement préconisée par Reid et Beddoïs en Angleterre et par Bergius dans le nord. Les agents regardés par ces praticiens comme utile sous la chaleur humide et égale, le mélange de vapeurs ammoniacales avec l'air, l'augmentation d'acide carbonique par l'air expiré d'un certain nombre d'animaux. Quoi qu'il en soit de cette explication dont la valeur me parait douteuse, je citerai plus loin deux cas dans lesquels cette cure m'a rendu de vrais services. Elle est facile à réaliser, sans grands frais, sans déplacement lointain, sans sacrifices onéreux. Je ne veux pas y ajouter une importance plus grande qu'elle ne mérite, mais il me paraît néanmoins opportun de donner quelques détails sur son mode d'emploi.

Pour un séjour tout à fait passager, je fais boire aux malades qui séjournent à la campagne le lait fraîchement trait à l'écurie, le matin entre 7 et 8 heures et le soir entre 5 et 6 heures. Un banc placé près de l'entrée de l'écurie suffit pour permettre aux malades d'y séjourner chaque fois pendant une ½ h. à 1 heure et plus longtemps s'ils s'y trouvent bien. Ils se conforment très volontiers à ce conseil et la plupart éprouvent du bien être de ce séjour passager.

Lorsqu'il faut en faire un plus durable dans l'écurie, ce qui constitue alors la cure en règle, il faut choisir une écurie vaste et bien bâtie, très proprement tenue surtout, Il faut que l'écurie ne contienne que la moitié des animaux qui peuvent y trouver place. Je fais arranger à l'extrémité libre du local une chambre, séparée par une paroi en planches, à plancher de bois, un peu élevée au dessus du sol, assez spacieuse pour contenir le lit, quelques chaises, un canapé, une table, etc. Elle communique aver l'écurie au moyen d'une porte que l'on tient tantôt ouverte, tantôt fermée. Les fenêtres doivent être fermées. Les fenêtres doivent pouvoir s'ouvrir une ou deux du

côtés de l'écurie, une autre du côté de l'extérieur, pour pouvoir renouveler l'air à volonté.

Le malade reste pendant une bonne partie de la journée et pendant la nuit dans cette atmosphère, la porte et la fenêtre ou les deux fenêtres du côté de l'intérieur de l'écurie étant ouvertes ou entr'ouvertes, selon le bien-être du malade. Celui-ci est commodément assis ou couché sur son canapé ou dans un bon fauteuil, s'occupant agréablement comme il lui convient. Ce séjour n'empêche pas l'exercice plus ou moins prolongé en plein air, une ou deux fois par jour, selon ses forces, par le beau temps ou en temps au moins passable.

Pendant les premières nuits, le bruit que font les animaux incommode mais on s'y habitue bientôt. C'est surtout pendant les promenades que la chambre de l'écurie doit rester ouverte à l'air bien ventilée. Le séjour prolongé dans les écuries n'est possible que dans la deuxième moitié de l'automne, en hiver et au printemps, jusqu'en mai. En été, dans la seconde moitié du printemps et la première moitié de l'automne, la chaleur, les insectes, l'odeur trop forte y mettent obstacle.

D'après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, le séjour dans l'écurie n'offre pas les difficultés et n'exige pas les sacrifices d'un voyage lointain, mais encore faut-il comme nous l'avons vu, observer une multitude de détails dont la négligence peut affaiblir considérablement l'effet de la cure.

Voici maintenant les deux faits dont j'ai parlé plus haut:

En janvier 1859, j'ai été appelé dans un village des bords du lac de Zurich, pour donner des soins à la fille d'un riche propriétaire. J'ai constaté chez la jeune fille nne tuberculose pulmonaire bien caractérisée, avec matité, respiration bronchique, nombreux râles à timbre métallique (*Klingendes Rasseln*) dans la moitié supérieure du côté droit de la poitrine, tant en avant qu'en arrière. La partie supérieure gauche était malade aussi, mais, offrait des signes moins étendus. Il y avait, en outre, une fièvre hectique continue, avec exacerbations par accès et frissons, le plus souvent entre 11 heures et midi. L'appétit avait diminué, la malade était très affaiblie et en voie d'amaigrissement progressif, la toux était fréquente, fort incommode, l'expectoration copieuse, mucopurulente. Pendant un mois, le traitement par l'huile de foie de morue, la quinine, l'usage d'un lait de bonne qualité, les viandes rôties, resta sans succès. C'est alors que j'ai conseillé le séjour dans l'étable. Celle-ci était grande et belle ; elle pouvait contenir 32 vaches ; j'ai fait construire uue chambre commode et assez spacieuse. La maladie, qui depuis des années avait toujours fait des progrès, s'ar-

rêta dans sa marche au bout de quelques semaines; la fièvre diminua, les forces commencèrent à se relever, la toux devint plus rare, l'embonpoint revint un peu et le teint fût meilleur. Après plus de deux mois de séjour complet dans l'écurie, la malade revint dormir à la maison, pour passer une partie de la journée dans son salon rustique.

Son amélioration fut assez rapide et dans le courant de l'été elle put venir plusieurs fois me voir à Zurich avec ses parents. Lorsque je fus appelé à Breslau, en qualité de professeur de clinique, peu de mois après je perdis de vue la malade qui, à mon départ, paraissait être en pleine convalescence.

Dans le courant du même hiver de 1859, j'ai été consulté par un médecin du canton de Lucerne qui présentait tous les signes d'une phthisie progressive. Je lui ai conseillé de suivre le même traitement et de passer ainsi plusieurs mois dans une écurie bien appropriée à cet usage, ce qui ne présentait pas de difficulté, cur il s'était fixé à la campagne. En été 1862, je l'ai revu à Lucerne à la réunion helvétique des sciences naturelles, et j'ai été frappé de sa bonne mine et du bon état de sa santé. Il m'a affirmé qu'il ne peuvait attribuer sa guérison qu'à son long séjour dans l'écurie.

Je le répète, je ne veux pas pour cela recommander cette méthode comme d'un emploi général; mais il me semble qu'elle mérite, d'après ces faits, d'être tirée de l'oubli dans laquelle elle est tombé.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

Spermatorrhée : *guérison par les courants continus.*— Louis L..., employé de commerce, âgé de 30 ans, vient, dit le docteur Emile Neumann, nous consulter le 25 novembre 1878, pour une spermatorrhée dont il est affecté depuis un an environ. La maladie a débuté par des pollutions nocturnes, d'abord rares, mais dont la fréquence augmenta au point qu'elles se reproduisirent bientôt, non-seulement toutes les nuits, mais encore plusieurs fois par nuit. Depuis un mois environ, aux pertes nocturnes sont venues s'ajouter des pollutions diverses; c'est alors au moment de la défécation ou de l'émission de l'urine que se produit la spermatorrhée. Parfois, il suffit de la moindre excitation, du plus léger frottement du gland pour déterminer l'émission du liquide spermatique.

Le malade, sans être devenu absolument impuissant, présente cependant des troubles manifestes du côté de l'appareil générateur. Les érections sont moins fréquentes; elles sont incomplètes. L'éjaculation est faible et la sensibilité notablement émoussée.

L'état général est mauvais. Le malade, pâle et amaigri, accuse des douleurs de tête, des vertiges, des éblouissements, des palpitations de cœur ; ses digestions sont lentes et difficiles ; sa vue est légèrement affaiblie, en même temps il existe une sensibilité extrême à l'impression de la lumière.

Au point de vue des antécédents, excès d'onanisme, ni blennorrhagie, ni syphilis.

Le malade a déjà employé sans succès le bromure de potassium, la valérienne et le seigle ergoté; l'hydrothérapie n'a pas donné de meilleurs résultats.

Le traitement par les courants continus est commencé le 28 novembre. Le pôle négatif est placé sur la région sacro-lombaire, le pôle positif sur le périnée; courant de 15 éléments. Trouvé (appareil de cabinet), durée de la séance de trois à quatre minutes. L'électrisation fut pratiquée ainsi tous les jours. Au bout de trois semaines de traitement, il n'y avait plus de pertes diurnes ; dans les premiers jours de janvier, c'est-à-dire après cinq semaines de traitement électrique, les pertes nocturnes étaient devenues plus rares et ne se produisaient plus qu'une fois par semaine, comme au début de la maladie. L'électrisation est continuée ; mais, au lieu de faire des séances quotidiennes, je n'électrise le malade que trois fois par semaine.

Le 15 février, le malade qui, pendant dix-huit jours, n'avait pas eu la moindre pollution nocturne et dont l'état général s'était sensiblement amélioré, eut un nouvel écoulement spermatique. Ce fut le dernier.

La galvanisation a été néanmoins continuée jusqu'au 10 mars, ce qui fait un total de 68 séances. Les pollutions ont cessé ; le malade que j'ai revu encore récemment a recouvré l'intégrité parfaite de ses fonctions génitales ; son état général est excellent. La guérison obtenue à l'aide du courant galvanique continu peut donc être considérée aujourd'hui comme complète et définitive. (*Gazette méd*).—*Le Scalpel.*

—

Salicylate de soude dans le diabète sucré.—Le Dr. Muller, assistant à la clinique de Kiel, résume ainsi les principales conclusions obtenues par ces observations et par celles du Dr. Ebstein.

Le salicyclate de soude fait disparaître complétement les symptômes du diabète sucré ; mais la guérison est de très-courte durée.

L'amélioration est plus rapide, si les doses du médicament sont plus élevées et si le malade peut mieux les supporter.

Les doses moyennes sont de 9 à 10 grammes par jour, elles agissent au début, mais ensuite l'effet se ralentit rapidement, il faut alors arriver à 14 ou 17 grammes par jour pour que l'amélioration continue.

Le salicylate de soude peut être administré pour longtemps et à fortes doses dans le diabète sucré.

J'expérimentais le salicyclate de soude contre la glycosurie sans résultat. Il est vrai que je me tenais à des doses de 2 à 4 grammes par jour, parce que les doses de 14 à 16 grammes ont toujours éveillé en moi de vives appréhensions.—(Bouchardat, *An. ther* 1879.)—*Revue de Litt. Méd.*

—

Du benzoate de soude dans la diphthérie.—*Le Journal de médecine et de chirurgie pratique* analyse comme suit, l'étude sur le benzoate de soude publiée par M. Closson, dans les *Annales de la Société médicale de Liège.*

L'emploi du benzoate de soude dans la diphthérie a tout d'abord été étudié dans les expériences sur les animaux par Brown qui recherchait, en la mélangeant avec des productions diphthériques, quelle était la substance qui annulait le plus complètement les effets de leur inoculation. A la suite de ces expériences, le benzoate de soude à été prescrit dans la diphthérie. Parmi les résultats très-favorables qui ont été publiés, M. Closson cite ceux de Sitgenich. Sur 27 cas de diphthérie, dont 24 chez les enfants, il n'aurait perdu qu'un seul malade, un enfant de deux ans et demi, chétif, atteint de laryngite à la suite d'une première attaque de croup. Sur ces 24 cas, 8 avaient été très-graves et accompagnés de phénomènes généraux intenses; le sang, notamment, renfermait des bactéries, même avant l'apparition des phénomènes locaux. Le médicament doit être administré à haute dose, et son action est d'autant plus rapide qu'il est administré plus tôt Le mode d'administration que Sitgenich recommande est le suivant: aux enfants âgés de moins de un an, 5 grammes par jour;—de un à trois ans, 7 à 8 grammes;—de trois à sept ans, 8 à 10 grammes;—au-dessus de sept ans, 10 à 15 grammes. Les adultes prennent de 15 à 25 grammes par jour. Le médicament est très-soluble et le malade en prend une cuillerée à soupe par heure.

Ces doses considérables sont parfaitement supportées. Comme traitement local, on touche les exsudats avec la poudre de benzoate deux ou trois fois par jour, dans les cas légers, toutes les trois heures dans les cas graves. De plus, les adultes

font usage d'un gargarisme préparé avec 10 grammes pour 200 de véhicule. Dans le cas de coryza, on fait des irrigations nasales à 5 pour 100. A partir du moment de l'administration, la fièvre diminuerait d'une façon continue; les exsudats ne tarderaient pas à disparaître. Le médicament doit être continué quelques jours après la disparition des accidents. D'autres praticiens auraient obtenu les mêmes résultats étonnants.

M. Closson cite deux faits recueillis à la clinique de M. Masins, qui ne permettent pas d'être aussi optimiste, mais qui semblent indiquer une action évidente du médicament sur la maladie. Dans le premier cas, il s'agit d'un cas de diphthérie généralisée à la gorge, au larynx et aux fosses nasales, avec albiminurie, chez un enfant de deux ans et demi. Il guérit sous l'influence de la médication, sortit de l'hôpital, mais revint y mourir quinze jours plus tard d'une affection pulmonaire contractée accidentellement. Dans le second cas, l'enfant mourut subitement le cinquième jour du traitement, l'état local s'étant sensiblement amélioré.

Il s'agit là probablement d'une syncope par suite d'une dégénérescence graisseuse du cœur. Néanmoins chez ces deux malades, l'action du benzoate sur les signes locaux a été incontestable ; il faut ajouter d'ailleurs que le traitement n'a été commencé que plusieurs jours après le début de la maladie, tandis qu'il faudrait, pour une action complète, qu'il fut commencé dès le début. Quand à l'action général, elle parait s'être manifestée sur la température, qui, dans les deux cas, s'est abaissée graduellement.—*Revue de Littérature médicale*

—

Intoxication par la benzine.—Les ouvriers employés à la fabrication de la benzine sont par ce fait exposés à des accidents d'intoxication qui ont fait le sujet d'une note intéressante lue à la Société médicale des hôpitaux du 27 juin 1879, par le docteur J. Guyot, médecin de l'hôpital Beaujon.

Les premiers accidents dus à l'inhalation des vapeurs de benzine consistent dans quelques troubles intellectuels. Le caractère s'altère, les malades deviennent bizarres. ils divaguent parfois, et semblent par moments dans un état d'ébriéte passagère. Et même temps les forces diminuent, les malades se fatiguent rapidement. La démarche devient incertaine. Enfin, on observe de très-bonne heure et chez tous ces malades un affaiblissement très-notable, une perte même des facultés génésiques.

Lorsque ces premiers symptômes ont duré un certain temps,

ciel. Une dame très-érudite et charitable me montrait dernièrement une famille scrofuleuse et quatre enfant qui coulaient de partout (*sic*), excepté le cinquième, qui n'avait pas été nourri par la mère, mais par une chèvre.

J'agis d'après les mêmes principes pour les enfants sevrés. Ainsi une mère chlorotique et très-grasse, par conséquent hyperalbumineuse, eut deux fille dont l'aînée, rachitique, mourut d'une affection cérébrale à l'âge de quatre ans. La seconde, toujours nourrie par la mère, à trois ans n'avait pu marcher; elle avait tous les caractères du rachitisme : *articuli duplicati*, comme disaient les Allemands, elle était grasse, la tête volumineuse, les reins particulièrement faibles. J'ordonne le séjour à la campagne et de tenir presque toujours l'enfant dehors, des iodures ferrugineux, des sucs de viande, des viandes crues, des herbages, surtout tirés des crucifères, des choux, des raves, du cresson; pas de farineux ni de lait. Cette enfant se remit dans l'espace d'une année tellement bien, qu'aujourd'hui, âgée de dix-sept ans, elle est une des plus belles filles, des plus robustes et mieux constituées que je connaisse. Toutefois, à l'âge de quinze ans, bien qu'elle fût réglée depuis deux ans, sans peine ni secousse, elle devint chlorotique. Mais les parents, très-soigneux, à la première manifestation me consultèrent. J'ordonnai avec la gymnastique des promenades prolongées et matinales dans la campagne, mes pastilles de carbonate ferreux dont j'ai donné la formule dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. XXIII, p. 257, 1842), un régime alimentaire animalisé et tonique. Enfin, après quelques récidives en été, elle s'est entièrement rétablie, et avec toutes ses belles formes elle a acquis aussi une fort belle coloration qui ne paraît pas devoir l'abandonner.

J'emploie comme tout le monde les phosphates, les pyrophosphates de chaux, quoique je soit persuadé qu'il s'agit moins de donner une telle substance que de disposer l'organisme à se l'approprier, à l'assimiler; puisque l'observation a montré que les urines des rachitiques renferment souvent du phosphate de chaux, et indiquent ainsi que l'organisme ne peut le retenir. C'est donc toujours sur l'hématose, la constitution en général, la diathèse en un mot qu'il faut agir.

J'ai cité plus haut une jeune fille de quinze ans extraordinairement chloro-anémique, issue de deux générations d'anémiques, tellement chétive, qu'on aurait pu la prendre pour une enfant de huit ans. Elle était d'une pâleur jaune-cire, verdâtre, transparente, présentant tous les bruits artériels. Dans cet état de l'hématose, sa colonne vertébrale s'incurva, puis petit à petit ses membres se tordirent dans la plus extrême ostéoma-

lacie et elle finit par présenter sur divers points de sa surface cutanée des petits abcès qui, une fois ulcérés, ne se cicatrisèrent plus. Ils produisaient non pas du pus, mais une sérosité sanguinolente. Tout en donnant des ferrugineux à l'intérieur, de l'huile de foie de morue, des phosphates de chaux, et en essayant de quelques moyens orthopédiques arrêter, sinon corriger, ses diverses déviations, je crus qu'il y avait aussi quelque vice scrofuleux et je faisais panser ses plaies avec des pommades iodurées qui restèrent sans effet. Il me vint alors en idée d'employer des pommades au sulfate de fer, de lotionner ces plaies avec une solution de ce sel, et par ce moyen j'obtins quelques résolutions, notamment au pied droit, et des cicatrisations pour les abcès qui étaient ulcérés. Mais cette demoiselle qui habitait le département du Var, fut ensuite traitée par un autre médecin qui revint aux iodures *extra et intra*, les plaies s'aggravèrent, son ostéomalacie fit de grands progrès et la malade finit par succomber peu après,

Ce fut là un des premiers cas qui me démontrèrent que dans les constitutions débiles, anémiques, hypoalbumineuses, l'action altérante, atrophiante de l'iode était contre-indiquée, tandis que ces diverses préparations, même des purgatifs répétés, étaient très favorables sur des sujets phlétoriques, c'est-à-dire hyperalbumineux. Ajoutons que dans des états aussi graves qué celui de la malade dont nous venons de parler, le traitement dans la famille et surtout dans des maisons de médiocre aisance, ne peut se terminer heureusement, parce qu'il est toujours très-incomplet. C'est le cas d'employer concurremment les bains d'air comprimé, les bains de mer, les ferrugineux, l'huile de foie de morue, les solutions phosphatées calcaires, toutes les ressources d'un régime alimentaire animalisé et toniqué, même d'utiliser la respiration de l'oxygène pur. Trousseau dit en effet : " Déjà bien souvent j'avais eu à gémir de mon impuissance dans des cas de cachexies anémiques et je cherchais une arme dont je pusse utilement me servir. Je dois à M. Demarquay d'avoir pu, dans certaines circonstances, rappeler à la vie des femmes que je regardais comme perdues. Le moyen consistait à leur faire respirer du gaz oxygène pur." (Ouvr. cit., p. 64.) L'hydrothérapie, la balnéation marine compte aussi des succès que l'on doit d'abord à l'accomplissement plus parfait de la respiration, comme je l'ai démontré dans mon *Hydrothérapie*, 1853. Malheureusement, dans la plupart des cas, le médecin n'a à sa disposition que le séjour à la campagne et les bains du ruisseau de la prairie, lorsque la répugnance pour celui-ci n'est pas invincible.

ciel. Une dame très-érudite et charitable me montrait dernièrement une famille scrofuleuse et quatre enfant qui coulaient de partout (*sic*), excepté le cinquième, qui n'avait pas été nourri par la mère, mais par une chèvre.

J'agis d'après les mêmes principes pour les enfants sevrés. Ainsi une mère chlorotique et très-grasse, par conséquent hyperalbumineuse, eut deux fille dont l'aînée, rachitique, mourut d'une affection cérébrale à l'âge de quatre ans. La seconde, toujours nourrie par la mère, à trois ans n'avait pu marcher; elle avait tous les caractères du rachitisme : *articuli duplicati*, comme disaient les Allemands, elle était grasse, la tête volumineuse, les reins particulièrement faibles. J'ordonne le séjour à la campagne et de tenir presque toujours l'enfant dehors, des iodures ferrugineux, des sucs de viande, des viandes crues, des herbages, surtout tirés des crucifères, des choux, des raves, du cresson; pas de farineux ni de lait. Cette enfant se remit dans l'espace d'une année tellement bien, qu'aujourd'hui, âgée de dix-sept ans, elle est une des plus belles filles, des plus robustes et mieux constituées que je connaisse. Toutefois, à l'âge de quinze ans, bien qu'elle fût réglée depuis deux ans, sans peine ni secousse, elle devint chlorotique. Mais les parents, très-soigneux, à la première manifestation me consultèrent. J'ordonnai avec la gymnastique des promenades prolongées et matinales dans la campagne, mes pastilles de carbonate ferreux dont j'ai donné la formule dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. XXIII, p. 257, 1842), un régime alimentaire animalisé et tonique. Enfin, après quelques récidives en été, elle s'est entièrement rétablie, et avec toutes ses belles formes elle a acquis aussi une fort belle coloration qui ne paraît pas devoir l'abandonner.

J'emploie comme tout le monde les phosphates, les pyrophosphates de chaux, quoique je soit persuadé qu'il s'agit moins de donner une telle substance que de disposer l'organisme à se l'approprier, à l'assimiler; puisque l'observation a montré que les urines des rachitiques renferment souvent du phosphate de chaux, et indiquent ainsi que l'organisme ne peut le retenir. C'est donc toujours sur l'hématose, la constitution en général, la diathèse en un mot qu'il faut agir.

J'ai cité plus haut une jeune fille de quinze ans extraordinairement chloro-anémique, issue de deux générations d'anémiques, tellement chétive, qu'on aurait pu la prendre pour une enfant de huit ans. Elle était d'une pâleur jaune-cire, verdâtre, transparente, présentant tous les bruits artériels. Dans cet état de l'hématose, sa colonne vertébrale s'incurva, puis petit à petit ses membres se tordirent dans la plus extrême ostéoma-

lacie et elle finit par présenter sur divers points de sa surface cutanée des petits abcès qui, une fois ulcérés, ne se cicatrisèrent plus. Ils produisaient non pas du pus, mais une sérosité sanguinolente. Tout en donnant des ferrugineux à l'intérieur, de l'huile de foie de morue, des phosphates de chaux, et en essayant de quelques moyens orthopédiques arrêter, sinon corriger, ses diverses déviations, je crus qu'il y avait aussi quelque vice scrofuleux et je faisais panser ses plaies avec des pommades iodurées qui restèrent sans effet. Il me vint alors en idée d'employer des pommades au sulfate de fer, de lotionner ces plaies avec une solution de ce sel, et par ce moyen j'obtins quelques résolutions, notamment au pied droit, et des cicatrisations pour les abcès qui étaient ulcérés. Mais cette demoiselle qui habitait le département du Var, fut ensuite traitée par un autre médecin qui revint aux iodures *extra et intra*, les plaies s'aggravèrent, son ostéomalacie fit de grands progrès et la malade finit par succomber peu après,

Ce fut là un des premiers cas qui me démontrèrent que dans les constitutions débiles, anémiques, hypoalbumineuses, l'action altérante, atrophiante de l'iode était contre-indiquée, tandis que ces diverses préparations, même des purgatifs répétés, étaient très favorables sur des sujets phlétoriques, c'est-à-dire hyperalbumineux. Ajoutons que dans des états aussi graves qué celui de la malade dont nous venons de parler, le traitement dans la famille et surtout dans des maisons de médiocre aisance, ne peut se terminer heureusement, parce qu'il est toujours très-incomplet. C'est le cas d'employer concurremment les bains d'air comprimé, les bains de mer, les ferrugineux, l'huile de foie de morue, les solutions phosphatées calcaires, toutes les ressources d'un régime alimentaire animalisé et toniqué, même d'utiliser la respiration de l'oxygène pur. Trousseau dit en effet : " Déjà bien souvent j'avais eu à gémir de mon impuissance dans des cas de cachexies anémiques et je cherchais une arme dont je pusse utilement me servir. Je dois à M. Demarquay d'avoir pu, dans certaines circonstances, rappeler à la vie des femmes que je regardais comme perdues. Le moyen consistait à leur faire respirer du gaz oxygène pur." (Ouvr. cit., p. 64.) L'hydrothérapie, la balnéation marine compte aussi des succès que l'on doit d'abord à l'accomplissement plus parfait de la respiration, comme je l'ai démontré dans mon *Hydrothérapie*, 1853. Malheureusement, dans la plupart des cas, le médecin n'a à sa disposition que le séjour à la campagne et les bains du ruisseau de la prairie, lorsque la répugnance pour celui-ci n'est pas invincible.

ciel. Une dame très-érudite et charitable me montrait dernièrement une famille scrofuleuse et quatre enfant qui coulaient de partout (*sic*), excepté le cinquième, qui n'avait pas été nourri par la mère, mais par une chèvre.

J'agis d'après les mêmes principes pour les enfants sevrés. Ainsi une mère chlorotique et très-grasse, par conséquent hyperalbumineuse, eut deux fille dont l'aînée, rachitique, mourut d'une affection cérébrale à l'âge de quatre ans. La seconde, toujours nourrie par la mère, à trois ans n'avait pu marcher; elle avait tous les caractères du rachitisme : *articuli duplicati*, comme disaient les Allemands, elle était grasse, la tête volumineuse, les reins particulièrement faibles. J'ordonne le séjour à la campagne et de tenir presque toujours l'enfant dehors, des iodures ferrugineux, des sucs de viande, des viandes crues, des herbages, surtout tirés des crucifères, des choux, des raves, du cresson; pas de farineux ni de lait. Cette enfant se remit dans l'espace d'une année tellement bien, qu'aujourd'hui, âgée de dix-sept ans, elle est une des plus belles filles, des plus robustes et mieux constituées que je connaisse. Toutefois, à l'âge de quinze ans, bien qu'elle fût réglée depuis deux ans, sans peine ni secousse, elle devint chlorotique. Mais les parents, très-soigneux, à la première manifestation me consultèrent. J'ordonnai avec la gymnastique des promenades prolongées et matinales dans la campagne, mes pastilles de carbonate ferreux dont j'ai donné la formule dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. XXIII, p. 257, 1842), un régime alimentaire animalisé et tonique. Enfin, après quelques récidives en été, elle s'est entièrement rétablie, et avec toutes ses belles formes elle a acquis aussi une fort belle coloration qui ne paraît pas devoir l'abandonner.

J'emploie comme tout le monde les phosphates, les pyrophosphates de chaux, quoique je soit persuadé qu'il s'agit moins de donner une telle substance que de disposer l'organisme à se l'approprier, à l'assimiler; puisque l'observation a montré que les urines des rachitiques renferment souvent du phosphate de chaux, et indiquent ainsi que l'organisme ne peut le retenir. C'est donc toujours sur l'hématose, la constitution en général, la diathèse en un mot qu'il faut agir.

J'ai cité plus haut une jeune fille de quinze ans extraordinairement chloro-anémique, issue de deux générations d'anémiques, tellement chétive, qu'on aurait pu la prendre pour une enfant de huit ans. Elle était d'une pâleur jaune-cire, verdâtre, transparente, présentant tous les bruits artériels. Dans cet état de l'hématose, sa colonne vertébrale s'incurva, puis petit à petit ses membres se tordirent dans la plus extrême ostéoma-

lacie et elle finit par présenter sur divers points de sa surface cutanée des petits abcès qui, une fois ulcérés, ne se cicatrisèrent plus. Ils produisaient non pas du pus, mais une sérosité sanguinolente. Tout en donnant des ferrugineux à l'intérieur, de l'huile de foie de morue, des phosphates de chaux, et en essayant de quelques moyens orthopédiques arrêter, sinon corriger, ses diverses déviations, je crus qu'il y avait aussi quelque vice scrofuleux et je faisais panser ses plaies avec des pommades iodurées qui restèrent sans effet. Il me vint alors en idée d'employer des pommades au sulfate de fer, de lotionner ces plaies avec une solution de ce sel, et par ce moyen j'obtins quelques résolutions, notamment au pied droit, et des cicatrisations pour les abcès qui étaient ulcérés. Mais cette demoiselle qui habitait le département du Var, fut ensuite traitée par un autre médecin qui revint aux iodures *extra et intra*, les plaies s'aggravèrent, son ostéomalacie fit de grands progrès et la malade finit par succomber peu après,

Ce fut là un des premiers cas qui me démontrèrent que dans les constitutions débiles, anémiques, hypoalbumineuses, l'action altérante, atrophiante de l'iode était contre-indiquée, tandis que ces diverses préparations, même des purgatifs répétés, étaient très favorables sur des sujets phlétoriques, c'est-à-dire hyperalbumineux. Ajoutons que dans des états aussi graves qué celui de la malade dont nous venons de parler, le traitement dans la famille et surtout dans des maisons de médiocre aisance, ne peut se terminer heureusement, parce qu'il est toujours très-incomplet. C'est le cas d'employer concurremment les bains d'air comprimé, les bains de mer, les ferrugineux, l'huile de foie de morue, les solutions phosphatées calcaires, toutes les ressources d'un régime alimentaire animalisé et toniqué, même d'utiliser la respiration de l'oxygène pur. Trousseau dit en effet : " Déjà bien souvent j'avais eu à gémir de mon impuissance dans des cas de cachexies anémiques et je cherchais une arme dont je pusse utilement me servir. Je dois à M. Demarquay d'avoir pu, dans certaines circonstances, rappeler à la vie des femmes que je regardais comme perdues. Le moyen consistait à leur faire respirer du gaz oxygène pur." (Ouvr. cit., p. 64.) L'hydrothérapie, la balnéation marine compte aussi des succès que l'on doit d'abord à l'accomplissement plus parfait de la respiration, comme je l'ai démontré dans mon *Hydrothérapie*, 1853. Malheureusement, dans la plupart des cas, le médecin n'a à sa disposition que le séjour à la campagne et les bains du ruisseau de la prairie, lorsque la répugnance pour celui-ci n'est pas invincible.

8° Les kystes adhérents combinés avec des tumeurs solides doivent, quand c'est possible, être traités par l'ovariotomie combinée avec le drainage ; on enlève la tumeur et l'on draine la portion adhérente du kyste ;

9° On peut déterminer l'état d'un kyste, la présence ou l'absence d'adhérences, par l'exploration avec la main qu'on a introduite dans le sac ;

10° Par conséquent, le second temps dans chaque ovariotomie sera de fixer le kyste à la plaie abdominale, de l'ouvrir, d'y introduire la main, et de l'explorer par sa face interne. C'est d'après les résultats de cette exploration que le chirurgien se décidera, soit à l'ovariotomie complète, soit au drainage abdominal. Dans les cas où cette méthode d'exploration n'est pas possible, on y supplée par l'examen extérieur du sac, mais sans rompre les adhérences, s'il y en a ;

11° Des précautions exactement antiseptiques sont nécessaires pendant cette exploration, et doivent être continuées si l'on a recours au drainage. (*Gaz. heb. des sciences méd. de Montpellier.*)—*Le Scalpel.*

—

Du traitement des tumeurs blanches.—M. Suchard a donné lecture à la Société de chirurgie d'un mémoire dans lequel il expose un traitement des tumeurs blanches encore peu connu en France ; il est dû à John Scott et a été vulgarisé en Suisse par Magor. Ce mode de traitement consiste indépendamment du traitement général, à envelopper l'articulation d'une couche de lint enduite d'un mélange d'onguent mercuriel double et de cérat camphré. On met par dessus des bandelettes de diachylon imbriquées et on consolide le tout par quatre attelles de cuir enduites d'emplâtre de savon ; on termine le pansement par des tours de bandes fortement serrées. On obtient par ce moyen une immobilisation absolue, une compression élastique parfaite et une action médicamenteuse spéciale du mercure ; s'il existe de la suppuration, elle diminue rappidement et la guérison s'obtient très-vite dans les cas les plus désespérés.

Ce mémoire à été l'objet, de la part de M. Marc Sée, d'un rapport très-favorable. Le pansement a été essayé sur neuf enfants, en présence de la Commission nommée par la Société de chirurgie, et les résultats obtenus paraissent excellents. Chez un enfant, même, on était sur le point de recourir à l'amputation ; le pansement de John Scott a, jusqu'ici, assez amélioré son état pour qu'on puisse espérer la guérison. Aussi. M. Marc Sée pense-t-il que, dès à présent, les chirurgiens doi-

vent essayer le pancement médicamenteux de Scott, bien que les expériences, peu nombreuses, qu'il a vu faire ne permettent pas de porter un jugement définitif sur cette méthode.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Du traitement des hémorrhoïdes par l'injection hypodermique d'acide phénique.—Nous avons dans le temps entretenu nos lecteurs de ces charlatans, guérisseurs d'hémorrhoïdes, *pile doctors*, qui parcouraient l'Amérique en remplissant leurs poches ou en guérissant réellement leurs malades. Le professeur Andrew parvint non sans peine à découvrir leur secret, car les malades ignoraient complètement comment on opérait; plusieurs même croyaient qu'il s'agissait simplement d'une application médicamenteuse. M. Andrew alla plus loin, il fit une immense statistique des cas traités par ces charlatans, et n'en trouva pas moins de 3,300. De l'examen impartial de ces matériaux, il conclut que la méthode, malgré ces origines honteuses, doit réellement entrer dans le domaine chirurgical, et sera incontestablement la plus sûre, la plus rapide, et pouvant s'employer sans arrêter le patient dans ses occupations, avantage très-apprécié dans ces contrées, où *time is money.*

Voici les conclusions pratiques formulées par le professeur Andrew :

1° N'injecter que les hémorrhoïdes internes,

2° Employer au début des solutions faibles et n'arriver aux solutions plus fortes que dans le cas où les premières auraient échoué, (La solution d'acide phénique dans l'huile d'olive ou la glycérine s'emploie depuis une partie sur trente, jusqu'à solution à parties égales.)

3° Ne traiter qu'une hémerrhoïde à la fois, laissant un intervalle de quatre à dix jours entre chaque opération.

4° Huiler préalablement le pourtour de l'anus, et ne pas injecter plus d'une à six gouttes. . Faire l'injection très-lentement, et tenir quelque temps la canule en place, jusqu'à ce que le liquide se coagule dans les tissus.

5° Laisser le malade un jour au lit, et plus s'il arrivait quelque complication. Ne lui permettre qu'un exercice modéré pendant toute la duré du traitement.

Le procédé opératoire est d'une grande simplicité. L'hémorrhoïde étant bien découverte, l'anus bien graissé, on se sert d'une seringue hypodermique à canule extrêmement fine, on fait l'injection lentement, et quand elle est finie on garde un

moment la canule en place. L'hémorrhoïde devient blanche, s'affaisse, et dans les cas heureux disparaît sans douleur, sans inflammation, sans suppuration. La douleur est généralement légère; quelques malades éprouvent cependant des douleurs atroces.

Arrivons aux dangers de l'opération. Sur ces 3,300 cas, quelques cas de mort sont notés, un d'érysipèle et dinfection purulente, un d'embolie du foie, deux d'injection dans la prostate prise pour une hémorrhoïde. On a aussi noté quelques cas d'hémorrhagie, de suppuration, de rétrécissement de rectum. Mais ces accidents ne doivent pas surprendre, quand on songe au grand nombre d'opérations, et surtout quand on pense que ces opérations étaient pratiqués par des gens d'une ignorance crasse, n'ayant d'autres titres à la confiance publique qu'un flacon de solution phéniquée et une seringue de Pravaz.—(*The Détroit Lancet.*)—*Lyon médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Présentation de l'épaule avec procidence du bras, Version.—Service de M. le professeur DEPAUL.—J'ai été prévenu hier soir qu'une parturiente avait été apportée dans le service avec une présentation de l'épaule et procidence du bras hors de la vulve. Je vins à l'hôpital et je trouvai cette femme couchée au nº 10 de nos salles. Cette femme a déjà eu trois enfants, deux garçons et une fille. Ces accouchements antérieurs ont eu lieu facilement et spontanément. Ce n'est cependant pas une raison pour me faire abandonner le diagnostic que j'ai porté d'un certain rétrécissement du bassin. C'est en effet la présentation de l'épaule qui est la plus commune dans les vices de conformation du bassin. Les douleurs avaient commencé il y a deux jours, mais ce n'est que vers huit heures qu'elles devinrent violentes: le lendemain elle est arrivée dans notre service, à dix heures du soir. Les membranes étaient rompues, hier à dix heures et demie du soir. Je vis la malade à onze heures et demie du soir. Ces détails ne sont pas indifférents quand il s'agit de présentation de l'épaule ; il faut savoir combien la matrice est rétractée et s'il sera facile à la main de l'accoucheur d'arriver à la cavité utérine.

Cette femme est arrivée ici dans de bonnes conditions, n'ayant subi en ville aucune manœuvre. Elle est allée, il est

vrai, chez une sage-femme, mais celle-ci voyant quelque chose de difficile, l'envoya chez un médecin, lequel reconnut la présentation de l'épaule et nous adressa immédiatement la malade à la clinique.

J'ai dit que c'était la quatrième grossesse et que le travail durait depuis vingt-six heures : le bras dépassait la vulve, du poignet et de la main. Le ventre était dur à la palpation. La plus grande partie du liquide avait disparu. La dilatation était complète. Il y avait une version à faire, évidemment, et je m'empressai de me mettre en mesure de l'exécuter, me réservant, chemin faisant, de diagnostiquer comment l'épaule se présentait. Vous savez la règle à suivre : on tourne la face palmaire de la main en avant du côté de la symphyse, si le pouce va à droite de la femme c'est la main droite. Mais il ne suffit pas que la main pende à la vulve pour dire que c'est une présentation de l'épaule ; il faut suivre le bras et arriver à la tête. Les bras, au lieu de rester pliés sur la poitrine, sont quelquefois relevés l'un ou l'autre ou tous les deux ; le bras dépassant la tête, c'est le bras qui se présente le premier, quoiqu'il y ait présentation de la tête. Aussi il ne faut point porter le diagnostic avant d'avoir pratiqué le toucher ; il faut toujours se demander, en voyant le bras, si c'est une présentation de la tête ou de l'épaule. Il peut même précéder une présentation pelvienne. Cependant il ne faut pas s'exagérer cette difficulté ; quand la partie est largement engagée dans le vagin et la vulve, c'est une présentation de l'épaule.

On avait entendu les bruits du cœur un peu moins nets que d'habitude ; cette présentation ne pouvait se terminer spontanément. C'est une terminaison rare. La règle est de faire la version. Comment la faire ? Par *manœuvres externes* ou par l'introduction de la main dans l'utérus ? La première méthode était ici impossible à réaliser, le ventre étant dur, le fœtus étant tout à fait fixé par la matrice contractée sur lui ; les efforts les plus violents avaient été faits. Il ne fallait donc point compter sur la version par manœuvres externes.

Je fis endormir la malade ; je pense en effet que, pour la version, l'anesthésie par le chloroforme est une bonne chose ; non pas que je veuille obtenir le relâchement de la matrice qui ici se contractait énergiquement et serrait la main fortement, ce qui me donna une certaine peine à atteindre les pieds. Mais le grand avantage de la chloroformisation est de mettre la femme dans l'impossibilité de fuir devant la douleur, d'échapper à l'accoucheur, de se déplacer, etc. Il serait pourtant, ensuite, plus avantageux qu'elle puisse aider lors de l'application du forceps, car il y a une différence notable entre les tractions

aidées et les tractions réduites à elles-mêmes. Mais ici, la plus grave période de l'opération est celle où nous avons besoin que la femme ne se dérange pas, quand, la main étant introduite et faisant l'évolution, il ne faut pas qu'il y ait de contraction.

Quand la femme fut à peu près endormie, et amenée à un degré de résolution incomplète, car elle bavardait encore un peu, j'ai introduit la main : je n'ai rien observé de particulier pour l'enfant. Arrivé au détroit supérieur, en longeant le bras, auquel préalablement nous avions appliqué un lac, et comme j'étais renseigné sur la position, j'inclinai les doigts un peu à droite, je sentis la tête, et à gauche, dans un espace assez grand, j'arrivai sur un pied, reconnu à la saillie calcanéenne, au coup-de-pied (le pied s'insère perpendiculairement), et à la longueur des doigts. Tout cela rend compte, au moment du contact, des parties rencontrées ; j'accorde toutefois que si l'on n'a pas l'habitude, on peut se trouver quelque peu troublé et embarrassé.

L'autre pied n'était pas dans le voisinage, je trouvai le genou, que je reconnus à la saillie antérieure de la rotule et aux deux extrémités arrondies des os (tandis que le coude a une apophyse pointue). Je n'allai point jusqu'au pied, je passai deux doigts dans le jarret et je tirai doucement; tout descendit, la main au lac rentra dans le vagin, et y disparut ; en un clin d'œil, se présenta à la vulve l'extrémité pelvienne. En la saisissant avec un linge, j'engageais la partie supérieure du tronc, mais la tête ne s'engageait pas bien, parce que l'autre bras était derrière la nuque et ne venait pas, comme le premier, retenu par un lac, le long du tronc. J'essayai de lui faire contourner la tête, mais sans y arriver. Or l'enfant courait des dangers alors, la poitrine étant comprimée, et les tentatives d'inspirations menaçant de se faire. Il fallait se hâter. Après quelques tractions sur le cou, je pus dégager le deuxième bras, j'engageai deux doigts dans la mâchoire inférieure, et en plaçant deux derrière la nuque, je tirai : la masse du crâne tenait un peu, un petit craquement se fit et l'extraction fut complète.

L'enfant était pâle, en résolution complète ; les membres étaient flasques, les vaisseaux du cordon vidés, à leur section il ne s'écoula pas de sang. J'en fis néanmoins la ligature. On ne sentait aucune pulsation du cordon. Mon premier soin fut alors de voir si les bronches ou le larynx étaient obstrués, et si l'enfant avait fait des inspirations. Les enfants qui font des inspirations pendant le travail sont toujours plus difficiles à rappeler à la vie que ceux qui n'en font point. Dubois disait : " J'aime mieux les enfants qui font les morts, que ceux qui font des inspirations. " Dans le cas particulier, en effet, je n'ai pas été sur,

un moment, de ranimer cet enfant. Cependant j'ai réussi, sans recourir aux insufflations, dont il faut se passer quand on peut.

Il faut aller au fond de la bouche et voir s'il n'y a rien qui gêne l'entrée de l'air ; avec des bardes de plumes et le petit doigt, on provoqua l'expulsion de quantité de glaires sanguinolentes et visqueuses, il y en avait une cuillerée au moins, faisant un opercule au-dessus du larynx et ne permettant de respirer que très-incomplètement. Heureusement elles n'avaient pas pénétré très-profondément, il y en avait un peu dans le larynx et la trachée, elles ont remonté peu à peu. Aujourd'hui l'enfant bien ranimé, crie et prend le sein. Mais j'ai dû cette nuit rester vingt minutes auprès de lui pour être rassuré sur son compte avant de quitter l'hôpital.

La femme a perdu un peu de sang. Est-ce l'effet du chloroforme ? je n'oserais point le dire ici. Elle a expulsé un paquet de caillots noirâtres, l'utérus n'étant pas rétracté. Je fis l'extraction rapide du placenta. Il était déjà décollé. Puis je prescrivis deux grammes d'ergot de seigle, dans la crainte de nouvelles hémorrhagies.

Ce matin, l'utérus est gros et volumineux, mais il est très-dur et bien rétracté. La malade est dans les conditions les meilleures, elle n'a point de fièvre : le pouls est à 86°. Elle a bien quelques coliques, mais elle y a bien droit, puisqu'elle est à son quatrième enfant. Elle est, en un mot, dans le même état que si elle était accouchée toute seule.—Depuis lors, il ne survint aucune complication et la malade sortit de la clinique dans les conditions ordinaires.—*Le Praticien.*

—

L'accouchement naturel chez les riches.—Si, ne parlant que de l'accouchement naturel, nous commencions par cette phrase : *Heureuse aujourd'hui la parturiente qui n'est pas riche*, que dirait-on ? Eh bien, nous finirons par elle.

On soutient à présent que le rationalisme de notre siècle a jeté la physiologie dans de sanglantes erreurs. Hélas ! trop vrai. Pour le reconnaître, il n'est pas nécessaire d'être médecin ; un simple accoucheur comprendrait la chose. Nous allons la lui exposer en quelques mots et aussi simplement que possible.

Voyons, auparavant, comment en règle générale l'accouchement naturel se fait aujourd'hui chez les pauvres et chez les riches.

Chez les pauvres, personne ne s'occupe d'une grossesse ; on arrive à terme sans le savoir et à bon part. Chez les riches,

dès le sixième mois, on commence à recevoir la visite mensuelle de M. le docteur, qui d'ordinaire appartient à l'*Ecole médicale régnante* et qui vient défendre à Madame de ramasser un mouchoir ou de sortir sans le bras de Monsieur, *crainte de déranger la matrice.* Premières fautes : Préoccupations incessantes, appréhensions vaines, dispositions morales fâcheuses ; et avec tout cela, suppression d'une chose indispensable, de l'exercice.

Chez les pauvres, on ne prend conseil de personne ; on fait avec un nouveau-né comme avec un petit poulain : on l'apprend le plus tôt possible à têter et l'on ne s'inquiète pas de la mère. Chez les riches, le médecin décide de tout, et, en son absence, c'est la garde-couche, diplômée ou non. — Avant d'aller plus loin, répétons-le : Nous n'entendons parler ici que des médecins formés à l'école officielle et pratiquant un peu comme le font les partisans de la *médecine exacte*, à la façon des chimistes. Malheureusement foule de praticiens actuels en sont là. Nous connaissons des hommes réputés qui ne se gênent pas pour *attendre la fièvre de lait*, disant que *avant cela, le lait ne vaut rien !* Il est vrai que pour les analystes du laboratoire ils ont raison. Dieu nous garde de leur en faire un reproche. Oh ! non ; le coupable est bien plus haut dans le Corps médical.— Chez les riches donc, le médecin, pour laisser reposer Madame qui est fatiguée, s'empresse de faire donner de l'eau sucrée à l'enfant parce que, d'ailleurs, Madame n'a pas encore de *lait !* Deuxième faute. Le nouveau-né reste alors douze heures, vingt-quatre heures et plus sans avoir soif, partant sans vouloir tirer au sein. Début vicieux de lactation : d'abord l'enfant est privé de son premier lait (*colostrum*) destiné providentiellement à faire chez lui l'effet obligé du purgatif ; ensuite, chez la mère, rétention du liquide jaune aux dépens de la formation du liquide blanc qui lui succède. D'un côté, l'enfant chauffe des coliques de constipation, devient difficile, ne dort pas... ; de l'autre, la mère gagne du malaise, perd l'appétit, *n'est pas bien...* ; parce que tout cela ne se passe pas comme le veut la nature, cette nature surannée dont la plupart de nos savants modernes, adeptes de l'*horlogerie humaine*, ne daignent plus s'occuper, et qui cependant a son mot à dire.

Chez les pauvres, l'accouchée, n'ayant personne qui la surveille, se met à manger quand elle a faim ; mais pas de viande ni de bouillon, parce qu'elle n'en a pas. Chez les riches, Madame est mise à l'eau *tiède*, un, deux, trois jours durant parfois, *crainte de fièvre*, parce que les aliments produisent la fibrine, et la fibrine, la couenne inflammatoire ! Ou plutôt parce que la médecine de nos jours ne comprend pas comment l'alimen-

tation peut être le premier des fébrifuges ou le préventif par excellence des accidents puerpéraux. Troisième faute : Le lait ne se formant pas, ne se produisant pas suffisamment dans ces conditions, l'enfant est mis provisoirement au biberon (ce petit instrument en caoutchouc, si commode pour l'*allaitement artificiel* et dont on commence à faire abus). Nouvelle irrégularité. La mère, prise en quelque sorte d'inanition, devient, en quarante-huit heures, qu'on nous passe le mot, comme une *loque*. Alors, il faut bien la réconforter. A cet effet, on lui donne du consommé, quand ce n'est pas de la viande. Le lendemain, fièvre de lait. Oui, *fièvre de lait*, mais qu'on appellera *puerpérale* quand on verra qu'elle ne veut pas finir et surtout qu'elle flambe sur une péritonite ou sur une métrite.

Chez les pauvres, la mère fait ses relevailles de ménage le surlendemain, parce qu'elle s'ennuie dans son lit et qu'elle a de l'ouvrage. Chez les riches, Madame est condamnée, *par prudence*, à compter les heures pendant trois semaines dans son boudoir, *crainte de suites*. Quatrième faute : Etiolement de la mère, élaboration défectueuse du lait et mauvaise alimentation de l'enfant ; langueur vitale pour les deux.

Chez les pauvres, la mère allaite parce qu'elle n'a personne pour le faire à sa place et que c'est trop difficile d'élever à la cuiller. Et l'enfant se porte à merveille ; et la femme *travaille* comme avant. Chez les riches, pâle et livide après des couches luxueuses d'un mois ou de six semaines, Madame est évidemment trop faible pour nourrir. Elle doit prendre une nourrice parce qu'elle a de quoi la payer, ou bien sevrer l'enfant parce qu'elle va s'épuiser. Cinquième faute : A l'enfant, une chance de moins pour vivre ; à la mère une chance de plus, s'il y a lieu, pour recommencer sa phthisie, etc., etc.

C'est-à-dire que, en travail de reproduction, la femme pauvre, abandonnée à elle-même ou à ses instincts, obéit à la nature ; la classique fièvre de lait passe inaperçue chez elle comme chez les animaux, ou même n'existe pas du tout. La femme riche, au contraire, entourée des soins de la Faculté, mais des soins, nous l'avouerons à notre confusion s'il le faut, *mal compris*, commet en masse des erreurs à conséquences funestes. En un mot, chez les riches, suites puerpérales constantes plus ou moins graves épargnées aux pauvres.

Et ne croyez pas que le médecin dût être ici le seul incriminé. Non ; maintes fois il n'est absurde que pour plaire à Monsieur ou à Madame qui ne demandent pas mieux. Après cela,, si l'accouchement tourne mal, on trouve que c'est bien malheureux après avoir pris tant de précautions !

Mais, hâtons-nous de le dire, tous les hommes de l'art ne

malmènent pas ainsi la science. Nos maîtres ne se laissent pas tous prendre aux grossiers mirages de systèmes érudits, et c'est à l'application intelligente des enseignements qui nous ont été donnés par plusieurs d'entre eux que nous devons de n'avoir presque jamais d'accidents. Cependant les garde-couches qui ont l'occasion d'en juger, prétendent que *nous ne faisons pas comme les autres.* C'est possible. Ce nonobstant, nous savons que nous ne sommes point seul à ne pas faire comme les autres. Sans doute, nous faisons autrement, et voici surtout en quoi notre pratique à nous diffère des procédés communément suivis :

1° Nous défendons sévèrement à la garde-couche de donner de l'eau sucrée à l'enfant.

2° Nous faisons commencer l'allaitement le plus tôt possible.

3° Nous alimentons la mère, douze heures après la délivrance, progressivement et dans la mesure d'un appétit *franc*- avec du thé du lait, du pain beurré, des œufs, des soupes vertes, des potages maigres, de bon vin.

4° Nous interdisons, autant que possible, toute température supérieure à 16° centigrades.

5° Nous exigeons une ventilation continue plus ou moins large, quelque temps qu'il fasse, en vue d'une aération parfaite.

6° Nous supprimons la *demi-obscurité* tant recommandée; nous faisons arriver largement la lumière du jour.

7° Nous voulons une *exquise* propreté des linges, principalement pour la mère.

8° Nous mettons de côté la *serviette-ceinture* destinée à soutenir ou à comprimer le ventre chez la mère, parce que nous sommes persuadé que la rétraction de la matrice en a souffert plus d'une fois. Nous ne comprenons rien à la nécessité de ravir sans raison les muscles abdominaux à leurs fonctions obligatoires.

9° Nous ne défendons à la délivrée de quitter son lit que le premier jour; nous l'autorisons à se lever un peu d'abord, puis progressivement davantage *suivant le bien-être qu'elle en éprouve;* et lorsque tout a marché régulièrement, nous permettons les relevailles à dater du huitième jours en temps ordinaires. (Nous ne nous opposons pas aux visites de famille *lorsque tout est fini.*)

10° Mais nous interdisons l'usage de la viande, par conséquent du *bouillon,* plus celui de la bière et du café, durant toute la première huitaine. L'accouchée retourne insensiblement à son régime habituel le second septénaire, et encore en ne reprenant de la viande qu'après avoir incorporé du bouillon la veille *sans inconvénient.*

Inutile d'ajouter que, à la moindre menace de quelque chose, nous changeons nos batteries.

Sans vouloir ici nous poser en spécialiste, nous constatons que notre pratique en fait d'acconchements *naturels* diffère quelque peu, si pas notablement, de celle d'un grand nombre de nos confrères et consœurs. C'est pourquoi nous avons cru bien faire en mettant en relief ce qui différencie notre conduite de celle de ces messieurs, et en le publiant dans un article à leur adresse. Nous les engageons pressamment à contrôler nos dires pour pouvoir ensuite ou relever nos erreurs si nous sommes dans l'illusion, ou réagir avec nous contre les tristes abus que nous venons de signaler, si nous avons de sérieux motifs pour oser dire: Heureuse aujourd'hui la parturiente qui n'est pas riche.—Dr CHAVÉE.—*La Lancette Belge.*

—

De la fréquence de quelques maladies infectieuses aigues pendant la grossesse et de leur influence sur elle, par GOLDSCHMIDT (Copenhague, 1879).—L'auteur a emprunté les matériaux de son travail en partie aux publications antérieures, en partie aux grands hôpitaux de Copenhague. Parmi les nombreux tableaux de la partie statistique de ce mémoire, le suivant montre quelles sont les terminaisons diverses des typhus, de la variole et du choléra combinés avec la grossesse :

	Typhus.	Variole.	Choléra.
Mort sans avortement.	3,12 %	2,74 %	28,19%
Mort après avortement.....	27,50	27,67	26,95
Guérison sans avortement.	25, 0	50,20	20,72
Guérison après avortement	44,38	14,32	24,14

La grossesse n'entraîne pas l'immunité à l'égard des maladies infectieuses aiguës, et celles-ci, dans les diverses épidémies, peuvent atteindre plus ou moins fréquemment les femmes enceintes. Il résulte des recherches de Goldschmidt que les typhus et spécialement la fièvre typhoïde, sont beaucoup plus rares chez les femmes enceintes que chez les autres, ce qui tient vraisemblablement à une immunité relative. D'autre part la variole et le choléra sont aussi fréquents chez les femmes enceintes que chez celles qui ne le sont pas.

Le pronostic *quoad vitam*, en ce qui concerne les typhus et la variole, est aggravé d'une façon notable par l'existence de la grossesse, tandis qu'il n'en est pas ainsi pour le choléra. Pour les deux premières affections, la mortalité est beaucoup

plus considérable dans la seconde moitié de la grossesse que dans la première.

Le danger résultant de la grossesse peut vraisemblablement être mis en grande partie sur le compte de l'avortement ou de l'accouchement qui se produit dans le cours de la maladie et vient alors des hemorrhgies concomitantes, et en partie sur sur le compte des maladies puerpérales qui en peuvent être la suite. L'interruption de la grossesse dans le cours de la maladie se montre dans plus de la moitié des cas pour le typhus, et dans la moitié à peu près pour la variole et le choléra; la grossesse a d'autant plus de chances d'être interrompue qu'elle est plus avancée.

Les causes prochaines de l'interruption de la grossesse sont au nombre de deux : 1° la disposition particulière aux hémorrhagies (métrorrhagies) qui accompagnent ces maladies même chez les femmes non enceintes; 2° la participation du fœtus à la maladie, qui existe au plus haut point dans le choléra, et qui est le moins prononcée dans le typhus. De ces deux conditions étiologiques, la première existe surtout dans la variole et le typhus, la seconde dans le choléra. (*Centralblatt für Gynaekologie,*)—*Lyon médical.*

MÉDECINE LÉGALE.

Etudes sur la mort. — (*Suite.*)

§ 7.—Des signes de la mort.

Il n'est pas difficile de constater la mort, lorsqu'elle remonte à un terme assez éloigné. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic exact alors qu'elle est récente. De trop nombreux exemples établissent combien il est facile aux médecins eux-mêmes de se laisser surprendre par une trompeuse apparence !

Les signes de la mort récente, c'est-à-dire dans les premiers instants qui suivent la cessation de la vie, se tirent de l'abolition de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité.

1° *Abolition de l'intelligence.*—Ce signe n'a aucune certitude. L'intelligence est abolie dans la syncope, dans l'asphyxie,

2° *Abolition de la sensibilité.*—Ce signe est également peu important. Les hystériques peuvent devenir absolument insensibles.

C'est sur cette croyance, partagée encore par des médecins, qu'une vivre douleur peut servir de pierre de touche à la mort réelle, qu'est basée cette pratique de faire tomber sur la peau de la cire en fusion, de brûler les doigts, d'inciser la plante des pieds. Dans son testameut, Andral avait recommandé de le soumettre après sa mort à cette épreuve, qui a été effectuée par Beshier. Dans un zèle exagéré, certains médecins ont fait de véritables entailles. On rapporte qu'un speudo-mort, rappelé à la vie, a été six années à se guérir de ces incisions maladroites.

Il faut également se défier des sinapismes. Si la vie persiste, ils peuvent donner lieu à des eschares assez profondes pour la gravement compromettre.

Se basant sur la grande sensibilité du mamélon, surtout chez l'homme, le Dr Josat avait inventé une pince spéciale, pour le saisir et le tenailler.

Toutes les épreuves basées sur la douleur sont nulles et sans valeur. On sait que certains sujets, notamment les hystériques, plongés dans un état de mort apparente, son dénués de toute espèce de sensibilité.

3° *Abolition de la motilité.*—Le premier effet de la mort se traduit par l'immobilité des traits du visage. Cet effet instantané a fait dire que les morts conservent l'impression ressentie par eux au moment suprême. On a prétendu que le sentiment de la terreur se lisait sur les traits des sujets morts victimes d'un accident ou d'un attentat. Il faut en rabattre de tous ces préjugés. M. Brouardel a fait de nombreuses recherches à la Morgue, et il a pu se convaincre que cette idée qui a cours dans l'opinion publique, en somme, n'a aucune valeur scientifique. La condition qui donne surtout au visage cette expression de terreur, c'est la décomposition cadavérique. Que l'on retire un cadavre qui a séjourné 24 heures au fond de l'eau : il a les yeux ouverts, les lèvres retournées ; son aspect rappelle le masque de la comédie antique. Cet aspect des traits n'a donc rien de probant. Il est bien plus le fait de la décomposition que celui de la terreur.

C'est cette suppression de la motilité qui explique la conservation de certaines attitudes, au moment d'une mort inopinée. Il est des morts qui demeurent plus ou moins longtemps dans une position qui échappe aux lois de la pesanteur.

Taylor rapporte le cas d'un colonel anglais qui, à Balaclava, chargeant à la tête de son régiment, eut la tête emportée par un boulet. Son cadavre se tint encore en selle, emporté par le cheval. Le sinistre cavalier ne tomba qu'avec son coursier.

Après la bataille de l'Alma, on trouva un soldat sans tête, agenouillé dans l'attitude de la prière.

On parle d'un cavalier dont le crâne avait été traversé par une balle et qui, le lendemain, tenait encore le pied à l'étrier pour monter en selle, Cavalier et cheval avaient conservé, depuis le moment de la mort, cet équilibre difficile.

L'abolition de la motilité se produit du côté de tous les sphincters.

Sous l'influence de la paralysie du nerf moteur oculaire commun, l'iris se dilate presqu'aussitôt après la mort. Mais le grand sympathique ne meurt qu'un peu tard. Ce n'est qu'au bout d'une heure et demie, environ, que la vie s'éteint en lui. A ce moment, la pupille se rétrécit.

Chacun sait que le relâchement du sphincter anal est une suite prochaine de la mort. Vaincu par la pression des gaz abdominaux, il livre passage aux matières contenues dans les intestins.

Mouvements musculaires.— Quand vient à se produire la rigidité cadavérique, les muscles se contractent. C'est ce phénomène qui donne lieu a la production de ce bruit sinistre dit *craquement osseux des cadavres.*

On a voulu faire un signe de la mort de la flexion du pouce. Ce caractère manque 7 fois sur 10. Il se produit quelquefois durant l'agonie. Il n'a donc aucune valeur au point de vue du diagnostic.

L'electricité comme signe de la mort.—On a proposé l'électricité comme signe certain de mort. La contractilité faradique peut, en effet, persister cinq à six heures après la cessation de la vie. Mais ce moyen est très peu pratique. Non seulement les appareils de ce genre ne peuvent être utilisés par les personnes étrangères à l'art de guérir, mais les médecins eux-mêmes sont loin de pouvoir toujours tirer parti d'instruments très délicats et trop souvent hors de service. Il est une autre raison non moins péremptoire: on n'a pas en tous lieux un appareil électrique à sa disposition. Ce n'est pas tout encore. Il est des cas, au rang desquels il faut citer le tétanos, la paralysie, ou la faradisation ne donne aucun résultat.

Pour toutes ces raisons, ce moyen, proposé au Sénat du premier empire, par le Dr Larrey, n'a pu être accepté comme mesure générale.

Dynamoscopie.—Le Dr Collongue a propsé un moyen très simple, mais malheureusement infidèle, pour constater la mort. Selon lui, quand le doigt d'une personne privée de vie est engagé dans le conduit auditif externe d'un expérimentateur, celui-ci ressent de petits craquements, des pétillements qui cessent d'être ressentis, si le doigt est celui d'un cadavre. Malheureusement les mêmes effets peuvent être obtenus entouré

d'un linge, d'un papier mouillé. Ces phénomènes dépandent uniquement du degré de pression exercé contre les parois du conduit auditif.

Epreuve du verre d'eau.—Cette épreuve, basé sur la production des contractions musculaires insensibles à la vue et au toucher, consiste à poser, sur l'extrémité de la huitième côte, un vase rempli d'eau. Au moindre mouvement de la cage thoracique, on voit se déplacer le niveau du liquide. Cette épreuve est difficile en raison de la difficulté de faire tenir le verre en équilibre sur l'extrémité de la 8e côte.

Epreuve de la glace.—Il ne sera question que pour mémoire de l'épreuve qui consiste à approcher de la bouche une glace, qui se ternit si les fonctions respiratoires ne sont pas abolies.

Signes de la mort tirés de la circulation.—Les signes de la mort tirés de la circulation sont entre tous peut-être les plus importants.

Gallien avait déjà constaté que le pouls cessait de se faire sentir au moment de l'extinction de la vie. Ce n'est qu'en 1849 que Bouchut a eu l'honneur de faire ressortir scientifiquement toute la valeur de ce caractère. Il a démontré que si, par l'auscultation pratiquée pendant deux minutes, on ne perçoit aucun battement cardiaque, la mort est réelle.

Andral trouva ce délai trop court. Il crut convenable de prolonger l'expérience pendant cinq minutes.

Ainsi effectuées, ces épreuves sont absolument insuffisantes. Depaul a vu renaître des nouveau-nés après 4 et 5 heures de mort apparente. Budin a observé un cas de résurrection après une heure et demie. M. Brouardel a vu, chez un jeune homme de quinze ans, le cœur ne reprendre à battre qu'après trois-quarts d'heure d'interruption bien constatée de ses mouvements.

On ne réfléchit pas à la difficulté de pratiquer une auscultation attentive, pendant 2 et 5 minutes consécutive. Au bout d'une minute à peine on n'entend déjà plus; l'oreille bourdonne.

Si cette difficulté existe déjà quand le cadavre, placé sur un lit, permet à l'explorateur de prendre une attitude exempte de trop de fatigue, que devient-elle dans les cas plus fréquents, où le médecin est appelé à se prononcer. Il s'agit d'un noyé dont les vêtements sont tout mouillés; d'un malheureux dont les habits sont souillés. Le cadavre est sur la voie publique. C'est un vidangeur, retiré privé de sentiment et peut-être de vie d'une fosse d'aisance. Dans toutes ces conditions, comment utiliser avec fruit l'explorations auriculaire ?

En somme, le moyen proposé par M. Bouchut est excellent,

mais il convient de l'utiliser différemment. Au lieu de laisser l'oreille appliquée de 2 à 5 minutes consécutives sur la poitrine, il faut pratiquer l'auscultation du cœur moins longuement, mais y revenir à réitérées fois durant ½ heure, une heure et même deux heures. Si, dans toutes ces épreuves, on ne surprend aucune pulsation cardiaque, c'est qu'on se trouve réellement enprésence d'un cadavre.

Mais le cœur peut se contracter encore sans que l'oreille parvienne à percevoir le moindre bruit. Pour traduire à la vue les mouvements insensibles du cœur, un Allemand a eu l'idée d'enfoncer, au sien de l'organe, de longues épingles, portant à leur extrémité libre un petit pavillon blanc. Ce procédé d'exploration n'a rien de dangereux du fait même de la piqûre du cœur, laquelle est absolument inoffensive. Mais, en mettant en œuvre ce mode dépreuve, on se heurte contre un danger redoutable. Quand la mort n'est qu'apparente, la circulation se fait avec une extrême lenteur. En de telles conditions, le sang se coagule très aisément. C'est dire assez le péril auquel se trouve exposé le pseudo-cadavre. Pour cette raison, ce procédé est peu pratique, eu égard à ses dangers.

Qu'il nous soit permis, à ce propos, de rappeler une expérience qui a été effectuée par nous-même. en 1862.

Un homme portant deux seaux d'eau tomba foudroyé sur la voie publique. Un quart d'heure environ après l'accident, nous arrivâmes auprès du cadavre, que nous fîmes transporter au plus près, et déposer sur les dalles d'une pièce-basse de l'hôpital. Un prêtre, prévenu aussitôt, nous demanda s'il était temps encore de donner l'extrême-onction à ce corps non refroidi ? Notre trousse de poche était pourvue d'une longue aiguille à acupuncture. Nous l'enfonçâmes dans le cœur et aussitôt, à l'extrême surprise des nombreux assistants, la tête de l'aiguille se mit à effectuer de larges oscillations. Le cœur, on le sait, *primum vivens* est aussi l'*ultimum moriens*. Le prêtre se crut fondé à remplir son ministère...

Les oscillations de l'aiguille continuèrent encore assez longtemps.

Voici donc un fait revêtu du plus grand cachet d'authenticité, car il s'est passé en présence d'un grand nombre de témoins. Les contractions cardiaques, absolument insensibles à l'oreille, ont pu être traduites à la vue de tous, par les mouvements imprimés à l'aiguille une demi-heure, pour le moins, après le décès. (*N. de Réd.*)

Un allemand (pour sûr telle doit être la nationalité de ce médécin) a proposé d'ouvrir la jugulaire gauche et d'y engager un long stylet jusqu'au sein de l'organe central de la circulation, peur réveiller sa contractilité...

On a aussi conseillé l'*artériotomie* pour constater la mort. S'il s'agissait d'ouvrir la temporale, le danger ne serait pas grand, mais en cas de mort apparente, il ne serait pas indifférent d'en agir de la sorte sur une artère importante, la radiale, par exemple.

Cette épreuve, du reste est peu probante. Magendie, notamment, a démontré que dans le choléra l'artère radiale est vide de sang. Ce signe n'a donc aucune certitude.

La *saignée par la veine* n'offre pas plus de garanties. Il y a plus, le médecin qui la pratique sur un cadavre s'expose à s'attirer quelques désagréments. En voici les raisons :

Vient-on à pratiquer une saignée sur un cadavre ? Il ne s'écoule pas une goutte de sang au moment de l'incision. Mais, de 2 à 15 heures après, la plaie donne issue à des liquides à aspect sanguin.

C'était sur une telle épreuve qu'était jadis institué le *Jugement de Dieu.*

Une personne était-elle soupçonnés d'avoir donné la mort à quelqu'un à la suite d'une blessure ? L'accusé était mis en présence du cadavre. Si du sang s'écoulait au travers de la plaie, ledit accusé était déclaré coupaple.

Le résultat de cette épreuve, on le voit, était subordonné au temps écoulé depuis la mort. Plus le moment du décès est éloigné, plus il y a de chance pour que le phénomène ci-dessus se produise. Le sang, stagnant sous l'influence des gaz abdominaux, subit une compression qui, ainsi que les liquides en décomposition, le pousse vers la périphérie.

C'est pour cette raison que Fodéré recommandait toujours, quand on venait à pratiquer une saignée en de telles conditions, d'avoir bien soin d'appliquer un bandage, et de le serrer le plus possible.—Dr Ch. BERTRAND.—(*A suivre.*)—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la cystite chronique par le chlorate de potasse, par ZUCCARELLI.—Il rend les urines limpides, diminue les douleurs, permet la déplétion plus facile de la vessie, augmente les contractions musculaires ; son action utile est quelquefois rapide, même dans des cas graves. Le donner à l'intérieur à doses élevées, jusqu'à 30 grammes (!) aumoment des repas. Sa solution au centième d'abord, puis plns concentrée, peut être injecté dans la vessie.—(*Bull. thér.*)—*Lyon méd.*

De la lientérie chez l'enfant et de son traitement par l'acide chlorhydrique, par MONCORVO.—L'auteur, qui a abandonné l'usage de la pepsine, attribuant la lientérie au passage rapide d'aliments nos digérés (par suite de l'absence d'acide chlorhydrique mormal dans le suc gastrique), de l'estomac dans l'intestin, administre une à trois gouttes d'acide, suivant l'âge, dans un petit verre de vin blanc.—(*Journ. de thér,.*)—*Lyon médical.*

—

Chorée guérie en huit jours à la suite de l'emploi du salicylate de soude, par DRESCH.—Fille âgée de dix ans, chorée paraissant de nature rhumatismale, 6 gr. par jour de salicylate, vomissements le premier jour après chaque prise ; le deuxième jour la tolérance s'établit, et la chorée s'améliore ; le traitement a duré six jours, au bout desquels les mouvements choréiques étaient à peu près supprimés ; le drap mouillé au saut du lit, la gymnastique, et une alimentation riche ont achevé la guérison. (*Bull. thérapeutique*, juin.)—*Lyon médical.*

—

Collutoire de dentition au bromure de potassium. —M. Peyraud (Bordeaux) dit qu'on peut calmer le prurit dentaire chez les enfant, de façon à éviter tous les accidents réflexes de ce travail physiologique.

Bromure de potassium.	2 à 3	grammes
Miel.....	15 à 20	—
Eau.....	Q. s.	

Chauffez et évaporez jusqu'à consistance de miel, après avoir alcoolisé pour la conservation du collutoire.

Frictionner les gencives quatre fois par jour.

M. E. Bouchut préfère le sirop suivant :

Sirop de guimauve.....	15	grammes
— de codéine.....	5	—
Borax.....	1	—

Il est plus facile à préparer et ses résultats sont les mêmes. —(*Paris Médical.*)—*Lyon médical.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MONTREAL, DECEMBRE 1879.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE ET S. LACHAPELLE.

La Réciprocité Médicale.

—

Notre système d'enseignement médical est-il le même dans les différentes parties de la Confédération, ou bien est-il sur un pied plus élevé dans une province que dans une autre ? Pourquoi dans Ontario refuser à Québec de laisser pratiquer dans ses limites des médecins à qui cette dernière province a donné diplôme et licence ? Pourquoi nous est-il nécessaire quand nous voulons aller planter notre tente là-bas, de passer devant un bureau d'examinateurs un nouvel examen, comme tout élève en médecine qui n'a pas encore été gradué ? Ainsi est-il fait à ceux des autres provinces qui viennent s'établir parmi nous.

Cet état de choses constitue un esprit d'égoïsme étroit, de rivalité jalouse, et c'est bien un contre-sens alors que d'appeler sœurs les différentes provinces de la Confédération ! On ne se traite pas avec autant de défiance entre enfants d'une même mère. Il n'en est pas ainsi pour les médecins seulement des différentes provinces ; les avocats sont sur un même pied levé entre eux.

Le *provincialisme* n'a pas plus sa raison d'être que l'esprit de clocher des villages ou des villes : l'échange des bons égards et des marques de confiance doit être la base de la conduite des uns vis-à-vis des autres, à moins toutefois qu'il ne soit établi que par là une partie souffrirait à l'avantage de l'autre, c'est-à-dire à moins qu'il ne puisse être prouvé que telle province offre plus de prise à la licence que telle autre province. Alors on ne saurait être trop sévère, ni trop défiant.

L'Education est sous le contrôle des législatures locales ; le gouvernement central n'a rien à y voir, croyons-nous. Les

Pères de la Confédération, grands législateurs, ont voulu sauvegarder ainsi un des plus grands biens que puisse posséder l'homme, la liberté d'Enseignement qui, alors, pour nous Canadiens-français, consistait en la conservation de notre éducation religieuse dans la province de Québec. Respect et protection ont donc ainsi été accordés à la nationalité, à la religion. Mais ce contrôle local de l'Education scientifique comme de l'Education primaire ne doit pas conduire à l'exclusivisme que nous pratiquons, et la réciprocité ne doit pas être un vain mot.

Etablissons-donc la conduite que doivent suivre les différentes provinces de la Confédération au sujet de la pratique de la médecine. Les différentes Universités doivent se connaître et s'étudier ; si Ontario reconnait chez nous des Universités qui ne méritent pas sa confiance, qu'on ne craigne pas de le publier haut, bien haut, sur les toits. Si nous, de notre côté, croyons que l'enseignement médical d'Ontario est inférieur à celui de Québec, notre sévérité ne pourrait jamais aller assez loin. Si, au contraire, il y a harmonie entre tous, qu'il y ait aussi égalité, et que le provincialisme soit aboli ! Nous sommes avant tout, nous dit un journal qui nous a suggéré l'idée que nous soumettons aujourd'hui, nous sommes avant tout Canadiens, et non pas Québecquois, ni Torontoniens, etc.

***

Nous avions rectifié une annonce faite dans l'Annuaire de l'Université Victoria, et qui refusait aux élèves de l'Université Laval le droit de suivre la Maternité : les faits ont prouvé et prouvent encore que nous avions raison de faire cette rectification puisque les élèves de ces deux institutions sont aujourd'hui sur le même pied à la Maternité.

L'*Abeille* nous répond à ce sujet, en haut latin, et discute le droit que nous avons d'occuper la place que l'autorité ecclésiastique nous a donnée ! !... Probablement que notre confrère va continuer à nous parler une langue qui lui coûte d'autant moins cher qu'elle est empruntée,—plus que cela—qu'elle lui est prêtée généreusement et que dans sa prochaine livraison nous y verrons une longue étude, pour laquelle il prendra fait et cause, et qui pourra avoir pour sujet cette axiôme utopique que Machiavel cite dans son Maudragore : *Qui nescit dissimulare, nescit requare.*

—

Dispensaire.—La Faculté de Médecine de l'Université Laval, à Montréal, a pris la direction du service médical du Dispensariat St. Joseph, depuis le 1er décembre courant.

Nomination.—Monsieur le dentiste L. J. B. LeBlanc vient d'être nommé dentiste de la Faculté de Médecine de l'Université-Laval, à Montréal, et a pris, comme tel, la direction du Département de la chirurgie-Dentaire au Dispensaire St. Joseph.

—

Lactopeptine.—Cette préparation qui est composée de pepsine, de pancréatine, de diastase (ptyaline végétale), d'acides lactique et hydrochlorique et de sucre de lait, a déjà acquis tant dans ce pays qu'à l'étranger une immense réputation dans le traitement de certaines formes de dyspepsie et dans les troubles digestifs des enfants. Nous l'avons employée dans un assez grand nombre de cas et en avons toujours obtenu des résultats très-satisfaisants.

Grand nombre de médecins emploient la pepsine, mais la lactopeptine contient cette substance alliée à plusieurs autres d'un effet très-puissant sinon égal à celui de la pepsine comme régulateurs du processus digestif. Loomis Sayre, Percy, Packard, Meigs Dawson et Yandell en recommandent l'emploi et la masse de la profession semble corroborer ce témoignage après avoir fait usage de cette préparation.

Brochure reçue.

—

An Examination of the Usual Signs of Dislocation of the Hip, also, an inquiry into the proper mode of procedure when dislocation of the hip is accompanied with fracture of the femur, by Oscar H. Allis, M. D., Surgeon of the Presbyterian Hospital.

VARIÉTÉS.

—

Incendie par le thermo-cautère pendant l'anesthésie a l'éther.—M. Poncet de Lyon avait endormi avec l'éther une femme pour lui redresser une jambe fléchie par une arthrite du genou droit, et devait faire suivre le redressement de l'application de quelques pointes de feu. On avait employé 150 grammes d'éther, car la malade état difficile à endormir ; la fenêtre avait été ouverte, la pièce était grande et on séparait en quelque sorte le sac à éther du thermocautère.

Brusquement l'appartement fut tout en feu, et le lit fut embrasé, le sac à éther fut jeté sur le parquet et la malade enle-

vée. La malade fut à peine atteinte, mais le docteur Gros qui donnait le chloroforme, eut les mains complètement brûlées.

D'autres accidents du mêms genre ont été signalés. MM. Cazeneuve et Ponset, qui étudient le fait dans *Lyon médical*, ont fait quelques expérience qui semblent démontrer que cela ne pourrait arriver avec le thermo-cautère rouge; un métal chauffé au rouge sombre s'éteint dans l'éther en formant de l'aldéhyde. Mais lorsque le thermo-cautère est porté au rouge blanc cela peut arriver. Ils concluent a des précautions grandes, et à la nécessité de ne pas laisser la température du thermo-cautère s'élever.

Pour notre part nous conclurions plus volontiers encore à la suppression absolue de l'anesthésie par l'éther toutes les fois qu'on doit opérer à la lumière ou avec le fer ou le platine rouge.

Ce n'est pas en effet le platine seul qui met le feu aux vapeurs d'éther. Nous nous souvenons, qu'au temps où florissait l'anesthésie locale par la pulvérisation de l'éther, Dolbeau, remplaçant Jobert à l'Hôtel-Dieu, s'était avisé d'anesthésier ainsi les hémorrhoïdes d'un homme qu'il allait cautériser au fer rouge.

Le jet d'éther fut suspendu, le fer rouge fut approché; mais les vapeurs d'éther assez denses prirent feu. Les hémorrhoïdes résistèrent, mais tout le système pileux du pauvre diable, ses fesses et ses cuisses furent vigoureusement brûlées. Il en fut de même des mains des aides. On ne saurait trop apporter de réserve à l'emploi du feu quand l'éther est en jeu.—*Journal de médecine et de chirurgie.*

—

Les meilleures boissons contre le froid.—D'expériences récentes de Brunton, il résulte que l'alcool, en dilatant les vaisseaux superficiels de la peau, réchauffe les membres au détriment des organes internes; il suit de là que l'usage de l'alcool est nuisible avant ou pendant l'exposition du corps au froid.

Par contre, il est très-utile après cette exposition, parce qu'à ce moment il tend à prévenir la congestion des organes internes.

Les meilleurs boissons pendant que l'on est exposé au froid, en telle est aussi l'opinion du Dr Hammond, sont les infusions très-chaudes de thé, de café et de coca, substances d'épargne qui ont la propriété de prévenir les dégâts (*gaspillage*) des tissus sous l'action des exercices prolongés. (*Médical Examiner.*) —*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE HUITIÈME VOLUME.

PAGES.
Abcès ilio-fémoral [diagnostic de l'] 511
Abeille médicale [l'] 139
Accomodation spontanée de la tête du fœtus dans l'excavation pendant le travail 132
Accouchement [l'] naturel chez les riches 561
Acide acétique en injection dans le carcinôme 374
Acide chrysophanique contre le masque 514
Acide salycilique comme remplaçant de l'acide phénique 131
Admission à la pratique de la médecine 42
Admission à l'étude de la médecine 288
Aliénation mentale [traitement de l'] 412
Alopécie survenue à la suite d'une frayeur 428
Amygdales [abcès des] 182
Amygdalotomie [danger de l'] en pleine amygdalite 132
Anasarque [traitement chirurgical de l'] 277, 418
Anémie des vieillards [notes sur l'administration du fer dans l'] 119
Anesthésie par l'iodoforme 183
Angine couenneuse [traitement de l'] par la glace 223
Anthrax [traitement de l'] et des affections phlegmasiques aigues par la méthode hémospaso-aspiratrice 20
Antigastralgique [poudre] 134
Apoplexie [de l'] 241
Appareils inamovibles [moyen d'appliquer l'extension aux] 27
Artère fémorale [ligature de l'] 154
Articulations [mobilisation et immobilisation des] 414
Assemblée du Bureau Provincial de Médecine 286
Association Médicale de la Puissance 477
Association Pharmaceutique de la Province de Québec 238
Asthme et Broncho-pneumonie 272
Bateaux [nomination de M. le Dr] 384
Benzoate [du] de soude dans la diphthérie 548
Bibliographie 485
Brochures reçues 48, 96, 192, 383, 431, 478, 575
Broleur [M. Azarie] 96
Broncho-pneumonie et asthme 272
Brûlures [pansement de Lyster dans les] 29
Bureau Provincial de Médecine 474
Calomel ; son altérabilité et des précautions à prendre dans son emploi 77
Calvitie [traitement de la] 372

PAGES.
Canada Medical and Surgical Journal 432
Cancer ; [emploi de l'encolyptus dans le] 120
Cancer de l'estomac [importance des données thermométriques dans le diagnostic du] 80
Cancer utérin [palliatifs du] 133
Carcinome [traitemen du] 374
Cataplasme [manière d'appliquer utilement un] 226
Cataplasme de Trousseau, [confection et indications du] 269
Cathétérisme [le] chez les vieillards 553
Cellule [la] 426
Cendrillon en Amérique 191
Centres nerveux [principales action des] 70
Charbonneuses [traitement préventif des affections] 22
Cheveux superflus [moyen de faire disparaître les] 427
Chloro-anémie [de la] 318
Chorée guérie en huit jours à la suite de l'emploi du salicylate de soude 572
Chorée [Salicilate de soude dans la] 410
Chorée vulgaire chez les vieillards 271
Circoncision [danger de la] pendant l'existence d'un chancre mou dans le voisinage 368
Code Médical 283
Collége des médecins et chirurgiens 336, 478
Collége Victoria de Cobourg 432
Collutoire de dentition au bromure de potassium 572
Concours [abus du tabac] 238
Constipation des enfants [traitement de la] 505
Cordon ombilical [A quel moment doit-on lier le] 280
Corps étrangers de l'intestin, extraction par la laparotomie 25
Croup [traitement du] par le sulfate de zinc 373
Croup chronique [traitement de la] 410
Cystocèle vaginale 229
Décès 192, 240, 288, 479, 528
Déformations osseuses du crâne caractéristiques de la syphilis chez les nouveau-nés 269
Delirium tremens 404
Démissions 336
Diagnostic et pronostic 8
Diarrhée de la dention [traitement de la] 178
Diarrhée des enfants 353, 385
Diarrhée des tuberculeux [traitement de la] 501
Diète lactée et viande crue 449
Diphthérie [du tannin dans le traitement de la] 272
Dispensaire 574
Dispensaire de la Providence 288
Drainage abdominal des portions adhérentes des kystes ovariques subtitué à l'ovariotomie complète 550
Eau chaude [emploi de l'] en chirurgie comme hémostatique 371
Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal 189, 478
Eclampsie puerpérale traitement de l'] par le bromure de potassium. 185
Embaumement en général ..... avec le thymol 39
Empoisonnement par l'arsenic [antidote de l'] 322
Empoisonnement par le vert de Paris 394
Empoisonnement par la noix muscade 527

PAGES.
Epanchements pleuraux, séreux et purulents [du signe différentiel entre les différents] 23
Ephilides de la grossesse, [traitement des] par l'acide chrysophonique 514
Epidémiologie [un peu d'] au sujet de la peste 135
Epilepsie et bromure de potassium 55
Epithéliums en général 337
Erysipèle [traitement de l'] 113
Etudes sur la mort 419, 517, 566
Expertises scientifiques 191
Extraction du fœtus [manière de faire l'] 455
Fabre [départ de Mgr.] 335
Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal 383
Fièvre jaune [la] 382
Fièvre typhylitique [de la] 265
Fistules anales et abcès de la marge de l'anus—doit-on les opérer chez les phthysiques 326
Fissure à l'anus 276
Foie [historique de la physiologie du] 289
Fréquence de quelques maladies infectieuses aiguës pendant la grossesse et de leur influence sur elle 565
Gastrotomie [de la] 416
Gerçures du sein [de la séborine dans les] 30
Guarana dans le rhumatisme musculaire 500
Hémorrhagie post-partum 83, 329
Hentérie [de la] chez l'enfant et de son iraitement par l'acide chlorhydrique 572
Hernie ombilicale 323
Homicide par imprudence 191
Honoraires [recouvrement des] 376
Hoquet rebelle guéri par le jaborandi 369
Hydarthose [traitement de l'] 278
Hydrocèle [considérations pratiques sur l'] 121
Incendie thermo-cautère pendant l'ansthésie à l'héther 575
Incontinence d'urine [traitement de l'] 499
Influenza 186
Injections sous cutanées [formules pour] 36
Injections vaginales [du danger des] 231
Injections intravésicales contre divers états de la vessie de la prosetale et de l'urèthre 502
Intoxication par la benzine 549
Iodoforme [de l'] enthérapeutique 81, 281
Iodoforme [anesthésie par l'] 183
Ipécac [théorie de l'action antihémoptoïque de l'] 503
Jaborandi [du] dans les épanchements pleurétiques 1
Jaborandi [hoquet rebelle guéri par le] 369
Lactopeptine 48, 384, 575
Lithotritie par la méthode expéditive 509
Loi médicale [amendements à la] 429, 468
Loi medicale [la nouvelle] 432
Malt [extrait de] de Trommer 48, 239
Mariage 96
Maternité Ste. Pélagie 432
Meilleures [les] boissons contre le froid 376
Métrite [traitement de la] par l'oxalate de potasse 372

PAGES.
Migraine [traitement de la] 410
Morphinisme et morphiomanie 142
Naissances..... 144, 192, 288, 336, 384, 479
Nécrologie..... 141
Neurasthénie [de la]..... 145, 201
Névralgies essentielles [du traitement des]..... 116
Nitrite d'amyle et ses applications 503
Nomination..... 575
Non-consolidation des fractures [de la] 251
Nourrices [Erasme et les] .....
Obstétrique [l'] à Siam 516
Obstruction intestinale, l'étude expérimentale sur le [traitement de l'] 500
Ongle incarné, traitement par le nitrate de plomb et la morphine..... 279
Ouvre-bouche 427
Ovariotomie [indications et contre-indications de l'] dans le traitement des kystes de l'ovaire 29
Ovariotomie double [transfusion du lait dans un cas d']..... 86
Ozène [traitement de l'] 370
Pancréatine [de la]..... 172
Pansement avec la ouate imprégnée de camphre et de glycérine.. 28, 328
Pansement antiseptique en Allemagne et en Angleterre..... 452
Pansement des plaies par la méthode portugaise 227
Pansement de Lister à Londres 506
Pansement de Lister dans les brûlures 29
Paralysies diphthéritiques [pothozénie et traitement des] 179
Patton [affaire] 90
Petites doses [le génie des] 497
Phimosis [opération du] par la ligature élastique 126
Phosphaturie [rapport de la] avec certaines opérations chirurgicales 300
Phthysie [des différentes variétés de]..... 49
Phthysie pulmonaire [note sur l'administration du fer dans la] et l'anémie des vieillards 119
Phthysie pulmonaire [les stations hibernales et la cure à l'étable dans le traitement de la]..... 275
Pilhé [M. le Dr] 96
Pilocarpine [emploi de la] en injection hypodermique dans l'urémie.. 78
Pilocarpine [emploi de la] en injection hypodermique dans la calvitie 372
Plaies de la tête..... 419
Pleurésie [guérison de la] par la ponction aspiratrice..... 73
Pleurésie à marche lente, traitement par le chlorhydrate de pilocarpine..... 506
Poisons métalliques [nouveau procédé pour la recherche des] 461
Population de l'Europe 528
Position [de la] dans le traitement des maladies..... 193
Poudre tonique 86
Présentation de l'épaule avec procidence du bras—Version..... 558
Professorat 384
Propriétés [des] toxiques de l'acide phénique en chirurgie 550
Protoxyde d'azote [emploi du] dans les opérations chirurgicales..... 454
Prurit vulvaire..... 134
Qualité [la] plutôt que la quantité 232
Réciprocité [la] médicale..... 573
Rectification..... 288
Rédaction [un changement dans le personnel de la] 95

PAGES.
Régime des prostatifères 552
Réinfection syphilitique 31
Relation entre les lésions valvulaires cardiaques et la phthisie pulmonaire 551
Remèdes patentés 284
Retention d'urine et ponction de la vessie 278
Retention inorganique d'urine, traitée par la teinture d'ergot de seigle en injections sous-cutanées 39
Rhumatisme [du] 97, 159
Rhumatisme articulaire, traitement par le suc de citron 82
Rhumatisme articulaire aigu des enfants [du salicylate de soude dans le traitement du] 366
Rhumatisme articulaire aigu [traitement du] par le salicylate de soude 494
Rhumatisme chronique [pommade contre le] 282
Rhumatisme musculaire [traitement du] par le guarana 500
Saignée [de la] dans l'hémorrhagie cérébrale 531
Saignée [historique de la] 218
Salicylate de soude dans le diabète sucré 547
Salicylate de soude [du] dans la thérapeutique infantile 83
Salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu des enfants. 366
Salicylate de soude dans la chorée 410
Santonine [effets toxiques de la] 76
Satire médicale [une réponse à] 162
Science et charlatanisme en médecine 524
Séance universitaire 332
Séjour [du] prolongé dans les écuries à vaches, dans le traitement de la tuberculose 514
Société Médicale de Montréal 44, 139, 235, 287, 334, 380
Somnambulisme [du] provoqué 322
Spéculum [emploi du] pour aider au diagnostic pendant l'accouchement 460
Spermatorrhée 546
Syphilis [traitement de la] par l'excision du chancre induré 34
Table des matières 577
Taches vineuses [traitement des] 513
Tænia inerme [note sur l'emploi de l'écorce de tige de grenadier contre le] 78
Tarif d'honoraires des médécins de la Province de Québec 479
Température [de la] dans les maladies au point de vue du diagnostic et du pronostic 215
Thérapeutique [quelques erreurs en] 481
Thermométrie [appréciation de la] 192
Thymol [embaumement avec le] 39
Traitement de la cystite chronique par le chlorate de potasse 561
Traitement [du] des hémorrhoïdes par l'injection hypodermique d'acide phénique 557
Tic douloureux [traitement du] 505
Traitement [du] de la chorée 551
Traitement des professeurs de la Faculté de Médecine de Paris 96
Traitement moral [du] de l'hystérie 529
Traitement [du] du rachitisme 536
Trichinose [traitement de la] par l'extrait d'ergot 83
Tuberculeux [du traitement hygiénique des] ..... 12, 66, 106, 164, 211, [256, 310, 359, 397, 442, 487

PAGES.
Traitement [du] des tumeurs blanches..... 556
Tuberculeux [traitement de la diarrhée des]..... 501
Tuberculose [de la] considérée comme une maladie infectieuse..... 79
" [funestes effets des grandes villes et de la vie confinée sur le développement de la]..... 225
Ulcérations du col de l'utérus [de la glycérine créosotée contre les]... 184
Ulcéres de la jambe [traitement des] par le bandage de caoutchouc pur..... 24
Union Bichat..... 527
Université Laval à Montréal..... 335, 478
Université Laval à Montréal, discours de M. le Dr. Rottot..... 433
" " " ouvertures des cours..... 433, 471
" " " et Ecole de Médecine Victoria..... 190
Urénic [des injections hypodermiques de pilocoopine dans l']..... 78
Vaccin et hymolisé..... 87
Vaccinales [recherches sur l'infection et l'inumunité]..... 88
Vagissements utérins..... 161
Variole [traitement des complications oculaires]..... 374
Vessie [stigmates de maïs dans les maladies de la]..... 412
Viande crue [la] et la diète lactée..... 449

COLLABORATEURS AU HUITIÈME VOLUME.

BROSSEAU, A. T., M.D., Montréal.
DAGENAIS, A., M.D., Montréal.
DESROSIERS, H. E., M.D., Montréal.
DUPUIS, TH. R., M.D., Kingston.
FILIATRAULT, C. M., M.D., Montréal.
GABOURY, A. M.D., Saint-Martin.
LACHAPELLE, S., M.D., Ville Saint-Henri.
LAMARCHE, A., M.D., Montréal.
LARAMÉE A., M.D., Montréal.
LARUE HUBERT, M.D., Québec.
RICARD, A. G. A., M.D., Montréal.
ROTTOT, J. P., M.D, Montréal.
SMITH ARTHUR LAPTHORN, M.D., Montréal.

2 gal
125+